

**MVZ Onkologie Groschek / Keller**  
**Matthias Groschek**  
**Dr.med. Birgit Pott**  
**Dr. med. Svenja Matern**  
**Steinfeldstr.7 - 52222 Stolberg**  
**Tel. 02402-7668829, Fax 02402-7668827**

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

bevor wir Sie zu Ihrer Krankengeschichte befragen, erlauben Sie, dass wir einige Aspekte auf diesem Fragebogen vorab schriftlich erfragen. Selbstverständlich ist die Beantwortung nicht Pflicht bzw. wird im persönlichen Gespräch näher vertieft. Durch die Angaben erleichtern Sie das stattfindende Gespräch.

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geb.-Datum:** \_\_\_\_\_

**Telefon/Mobil-Nr:** \_\_\_\_\_

**Nächster Angehöriger, der im Notfall benachrichtigt werden soll:**

**Name, Vorname Telefon:** \_\_\_\_\_

**Wer ist Ihr Hausarzt:** \_\_\_\_\_

**Wer ist Ihr überweisender Arzt:** \_\_\_\_\_

**Welche Ärzte sind noch mitbehandelnd:** \_\_\_\_\_

**Sollen alle behandelnden Ärzte einen Brief erhalten?**  ja  nein

**Haben Sie eine Patientenverfügung?**  ja  nein

**Wegen welcher Beschwerden stellen Sie sich vor (nur Stichworte):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Größe:** \_\_\_\_\_ **Gewicht:** \_\_\_\_\_

**Operationen oder Krankenhausaufenthalte (Bitte alle Operationen mit Jahreszahl aufführen z.B. Blinddarm 1960):**

\_\_\_\_\_

**Vorerkrankungen**

	ja	nein	seit wann?	Bemerkungen:
Herzinfarkt				
sonstige Herzerkrankungen				
Schlaganfall				
Bluthochdruck				
Zuckerkrankheit				
Magengeschwüre				
Krebserkrankungen				
Nierenerkrankungen				
Lebererkrankungen				
Schilddrüsenerkrankungen				
Kontrastmittelallergie				
sonstige Erkrankungen				

bitte wenden

Sind Allergien bekannt? (z.B. Medikamente, Pflaster) \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?

nein

ja.....

Wieviele?: \_\_\_\_\_

Haben Sie geraucht?

nein

ja.....

seit wann: \_\_\_\_\_

von wann: \_\_\_\_\_

bis wann: \_\_\_\_\_

Wieviele?: \_\_\_\_\_

### Krankheiten in der Familie

Hatten oder haben Ihre Eltern, Großeltern, Geschwister oder Kinder eine Erkrankung wie z.B. Bluthochdruck, Krebs, Zucker o.ä. ?

Wer? \_\_\_\_\_

Was? \_\_\_\_\_

### Medikamenteneinnahme

Präparat (Handelsname)	morgens	mittags	abends	nachts	seit wann Monat/Jahr

Das Informationsblatt (Praxisaushang) gemäß §13 DSGVO vom 28.05.2018 habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner Blutproben zu Forschungszwecken zu.

ja  nein

### Erklärung und Entbindung von der Schweigepflicht

Ich erkläre mich einverstanden mit der Verarbeitung, Anforderung und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten und Befunde an befugte mit- und weiterbehandelnde Ärzte, Kliniken und Einrichtungen, soweit dies der Optimierung von Diagnostik und Therapie dient.

Auch gegenüber dem Softwarehaus sowie dem Steuerberater der Praxis.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

### Angabe freiwillig:

Die Onkologisch/Haematologische Praxis - M. Groschek - darf folgenden Personen bzw.

Familienmitgliedern Auskunft über meine Erkrankung und meinen Aufenthalt in der Praxis geben:

1. Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

2. Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Pfad: Daten auf ServerP/Praxisdateien/1 Sammelordner/Anmeldung/Patientenfragebogen(M.Groschek).xls