



Name des Patienten: _____ Geb.-Datum: _____

Telefon-Nr. Festnetz: _____ Handy-Nr. (Wichtig!): _____

Erlerner Beruf: _____

Zuletzt ausgeübter Beruf _____

Hausarzt: _____

Ggf. Name und Vorname der Begleitperson _____

Ist die Begleitperson auskunftsberechtigt? _____

Bitte zutreffende Punkte ankreuzen.

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?					
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	Ja	Nein	Bluthochdruck	Ja	Nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wenn ja wie viel pro Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie früher geraucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja welche?	_____	
Wie lange?	_____ Jahre		Wann behandelt?	_____	
Wie viele Zigaretten pro Tag?	_____		Wo behandelt?	_____	
Größe: _____ cm			Haben Sie in den letzten Monaten zu- oder abgenommen? Wie viel?		
Gewicht: _____ kg					

Sonstige Erkrankungen:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	1. _____
	2. _____
	3. _____
	4. _____
	5. _____

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?	Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	1. _____
	2. _____
	3. _____

Leiden Sie an Allergien?	Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	1. _____
	2. _____
	3. _____

Aktuelle Beschwerden

Welche Operationen wurden bereits durchgeführt? Wann und wo wurden diese durchgeführt?

Wann und wo waren die letzten Krankenhausaufenthalte?

Wann und wo waren die letzten radiologischen Untersuchungen? (Röntgen, CT, MRT etc.)

Wann und wo war die letzte Magen- und Darmspiegelung?

Sind Sie befreit von der Zuzahlung, für z. B. Medikamente, Heil- und Hilfsmittel? Ja Nein

Haben Sie eine Zuzahlungsbefreiung für stationäre Aufenthalte Ja Nein

Sind Sie gegen Corona geimpft? Wann? Bitte das Datum ergänzen:

1. Impfung _____ 2. Impfung _____ Boosterimpfung/-en _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Hausarzt Telefonbuch Branchenbuch Internet Empfehlung

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Hiermit erteile ich mein Einverständnis, dass die Onkologische GP Dres. Kellner/Alkemper/Adam

- a. Unterlagen, Briefe und Befunde anfordern darf, die für meine Behandlung wichtig sind.
- b. die bei mir erhobenen Befunde, die für meine Behandlung wichtig sind, an den überweisenden Arzt und zusätzlich den Hausarzt/Facharzt Dr. _____ zusenden darf.
- c. Ich weiß, dass ich diese Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit widerrufen kann.
- d. Die Praxis darf folgenden Personen bzw. Familienmitgliedern Auskunft über meine Erkrankung und meinen Aufenthalt in der Praxis geben:

1. Name: _____ Vorname: _____ Tel.-Nr. _____

2. Name: _____ Vorname: _____ Tel.-Nr. _____

Ich möchte nicht, dass die Praxis meinen Angehörigen Auskunft über meine Erkrankung und meinen Aufenthalt in der Praxis gibt.

Borken, den _____ Unterschrift _____

Für den Fall der Ablehnung:

Eine Übermittlung der bei uns erhobenen Befunde soll nicht an den Hausarzt / Facharzt Dr. _____ weitergeleitet werden.

Borken, den _____ Unterschrift _____