

Patientenselbstauskunft

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie haben sich in unserer Praxis neu angemeldet. Damit wir Sie individuell beraten können und wir uns ein genaues Bild über Ihre Erkrankung(-en) machen können, bitten wir Sie, diesen Bogen vorab sorgfältig auszufüllen. Sie helfen uns damit, Ihre Betreuung so effektiv und so angenehm wie möglich für Sie zu gestalten. Ihr behandelnder Arzt wird Sie darüber hinaus über einige besondere Punkte Ihrer Krankengeschichte detaillierter befragen. Es ist uns insbesondere wichtig, dass Sie über alle Befunde und Maßnahmen genau informiert sind. Sollten Sie etwas nicht richtig verstehen oder weitere Fragen haben, zögern Sie bitte nicht, diese Ihrem Arzt zu stellen. Aus Datenschutzgründen bitten wir Sie, diesen Fragebogen nur Ihrem Arzt/Ärztin oder einer Praxis-Mitarbeiterin persönlich zu übergeben.

Vielen Dank für die Mithilfe,
Ihr Team des MVZ Hämatologie und Onkologie Duisburg

1. Allgemeine Angaben

Name/Vorname:

geboren am.: Beruf:

Telefon-Festnetz: Telefon-Mobil:.....

Größe: cm Gewicht: kg

Haben Sie einen Lebenspartner/-in? nein ja Kinder/Anzahl

Im Notfall zu benachrichtigen:

Auskunft darf gegeben werden an:

Welche Ärzte/Krankenhäuser sollen informiert werden:.....

.....

2. Leiden Sie unter

Schlafstörungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Hatten Sie Gewichtsverlust?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____ kg in _____ Monaten
Hatten Sie Nachtschweiß?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Hatten Sie Fieber?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Neigen Sie zu Blutungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Stuhlunregelmäßigkeiten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
Probleme beim Wasserlassen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ehemaliger Raucher <input type="checkbox"/> ja, wieviel? ca. _____ am Tag
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Menge und Art..... ca. _____ Gläser/ Tag
Allergien? Medikamenten- unverträglichkeiten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
Haben Sie guten Appetit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

3. Leiden Sie an einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen

- Bluthochdruck nein ja, seit
- Herz-Kreislauf-und Gefäßerkrankungen nein ja, seit
- Herzinfarkt nein ja, im Jahr
- Diabetes/Zuckerkrankheit nein ja, seit..... welche
- Thrombose/Lungenembolie nein ja, seit
- Blutung nein ja, seit
- Nierenerkrankungen nein ja, seit..... welche
- Lebererkrankungen nein ja, seit..... welche
- Magen-Darm-Erkrankungen nein ja, seit..... welche
- Schilddrüsenerkrankung nein ja, seit..... welche
- Infektionskrankheiten nein ja, seit..... welche
- andere Erkrankungen nein ja, seit..... welche

4. Wurden Sie schon einmal operiert? nein ja, warum und wann?

.....
.....

5. Ist in Ihrer Familie eine Krebserkrankung bekannt? nein ja, welche Erkrankung und welches Familienmitglied ist betroffen?

.....

6. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? nein ja, welche Medikamente und Dosierung:

.....
.....

7. Besteht eine Pflegestufe?

8. Auf wessen Veranlassung kommen Sie zu uns?

- Hausarzt..... Facharzt
- Krankenhaus, welches? Eigeninitiative

Ort / Datum

Unterschrift des Patienten