



Dr. med. Marion Schmalfeld + Dr. med. Ute Neef + Dr. med. Timo Behlendorf
+ Dr. med. Judith Böhme + Dr. med. Stefanie Frank-Gleich

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 uns 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 (bitte nur Stichworte):

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

Vorerkrankungen

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

1/2 Patientenfragebogen von [Titel Vorname Zusatz Name], *geb.

In überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaft mit der Gemeinschaftspraxis für Radiologie
Dr. D. Wujciak – Dr. M. Diestelhorst – DM M. Drevenstedt – H. Gollmann – Dr. M. Gürtler – U. Weidt

Kooperationspartner
mit Empfehlung
der deutschen
Krebsgesellschaft





Dr. med. Marion Schmalfeld + Dr. med. Ute Neef + Dr. med. Timo Behlendorf
+ Dr. med. Judith Böhme + Dr. med. Stefanie Frank-Gleich

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

Rauchen Sie / Haben Sie geraucht? ja nein bis wann: _____

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	Bemerkungen

Erklärung und Entbindung von der Schweigepflicht

Ich erkläre mich einverstanden mit der Verarbeitung 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.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Angabe freiwillig:

Die Onkologische Gemeinschaftspraxis 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 _____

2/2 Patientenfragebogen von [Titel Vorname Zusatz Name], [geb.]

In überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaft mit der Gemeinschaftspraxis für Radiologie
Dr. D. Wujciak – Dr. M. Diestelhorst – DM M. Drevenstedt – H. Gollmann – Dr. M. Gürtler – U. Weidt

Kooperationspartner
mit Empfehlung
der deutschen
Krebsgesellschaft

