

Angaben zur Krankengeschichte

Sie haben einen Termin in unserer Praxis. Um Ihre heutige Krankheitssituation zutreffend einschätzen zu können, ist es für uns wichtig, die Vorgeschichte Ihrer Krankheit zu kennen. Dazu ist es für Sie und uns hilfreich, wenn Sie sich anhand unseres Fragebogens auf Ihren Arztbesuch vorbereiten. Bitte beachten Sie, dass Ihre Angaben freiwillig sind. Sie können auch im direkten Arztgespräch erhoben werden.

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Name des Hausarztes: _____

Name des zu informierenden Facharztes: _____

Ihre Körpergröße: _____ Ihr derzeitiges Körpergewicht: _____

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen und falls ja, seit wann?

	ja	nein	seit wann?	Bemerkungen
Gicht				
Zuckerkrankheit				
Herzinfarkt				
Thrombose				
Bluthochdruck				
Fettstoffwechselstörung				
Schilddrüsenerkrankung				
Kontrastmittelallergie				

Weitere Vorerkrankungen: welche/seit wann (als Jahresangabe):

Leiden Sie unter Allergien? ja nein

Wenn ja, wogegen? _____

Ihre bisherigen Krankenhausaufenthalte: Grund/Zeitpunkt (als Jahresangabe):

➔ Fortsetzung auf der zweiten Seite!

Operationen in der Vergangenheit (als Jahresangabe):

Krankheiten in der Familie

Hatten oder haben Ihre Großeltern, Eltern, Geschwister oder Kinder eine Erkrankung, wie z. B. Bluthochdruck, Krebs, Zuckerkrankheit oder Herzinfarkt?

Wer?

Welche Krankheit?

Medikamenteneinnahme:

Medikamentenname	morgens	mittags	abends	Bemerkungen

⇒ Falls Sie sich Fragen notieren möchten, so nutzen Sie gerne die freie Rückseite!

Erklärung und Entbindung von der Schweigepflicht

Ich erkläre mein Einverständnis zur 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.

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit widerrufen kann.

Datum: _____ **Unterschrift** _____

Die Onkologische Praxis Dres. Otremba / Reschke / Zirpel / Ruff u. Kühn darf folgenden Personen bzw. Familienmitgliedern Auskunft über meine Erkrankung und meinen Aufenthalt in der Praxis geben:

1. Name: _____

Anschrift: _____

2. Name: _____

Anschrift: _____

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

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit widerrufen kann.

Datum: _____ **Unterschrift** _____