

## 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
Zuckerkrankheit				
Herzinfarkt/ Schlaganfall*				
Thrombose/ Lungenembolie*				
Bluthochdruck				
Schilddrüsenerkrankung				
Lungenerkrankung				
Nieren-/ Lebererkrankung*				

\*Nichtzutreffendes bitte streichen

Weitere Vorerkrankungen/ Krankenhausaufenthalte/ Operationen:

Wann? ↓  
Jahresangabe


### Krankheiten in der Familie

Hatten oder haben Ihre Großeltern, Eltern, Geschwister oder Kinder eine Erkrankung, wie insb. Bluthochdruck, Krebs, Herzinfarkt, Thrombose, Embolie?

Wer?

Welche Krankheit?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Medikamenteneinnahme, bspw. Blutverdünner (auch pflanzliche Medikamente)\*:**

Medikamentenname	morgens	mittags	abends	Bemerkungen

\* Sie können auch einen Medikamentenplan benutzen. Bitte wenden Sie sich hierfür an die Anmeldung.

**Leiden Sie unter Allergien?** ja  nein

Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_

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

**Erklärung und Entbindung von der Schweigepflicht**

Name des Patienten in Druckbuchstaben: .....

- 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 bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an die mit uns kooperierenden Labore übermittelt werden

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_

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

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

Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

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

Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

- 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 mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_