

Informations sur vos antécédents médicaux personnels Krankengeschichte

Vous avez un rendez-vous dans notre cabinet médical. Afin de pouvoir évaluer avec précision votre situation médicale actuelle, il est important pour nous de connaître l'historique de votre condition. Il serait utile pour vous, aussi bien que pour nous, si vous utilisiez notre questionnaire en vue de préparer votre consultation. Veuillez noter que l'inscription de vos informations est facultative. Vos informations peuvent également être collectées lors de l'échange direct avec le médecin.

Nom, prénom : _____ Date de naissance : _____

Nom du médecin généraliste : _____

Nom du spécialiste à informer : _____

Votre taille : _____ Votre poids actuel : _____

Avez-vous ou avez-vous été souffrant des maladies suivantes, et si oui, depuis quand ?

	Oui	Non	Depuis quand ?	Remarques
Diabète				
Crise cardiaque / accident vasculaire cérébral*				
Thrombose / embolie pulmonaire*				
Hypertension				
Maladie thyroïdienne				
Maladie pulmonaire				
Maladie rénale / du foie*				

* Rayez le cas non correspondant

Autres maladies préexistantes / hospitalisations / opérations :

Quand ?
(Année)

Maladies au sein de la famille

Vos grands-parents, parents, frères et sœurs ou enfants ont-ils eu ou ont-ils une maladie, en particulier : Hypertension, cancer, crise cardiaque, thrombose, embolie ?

Qui ?

Quelle maladie ?

→ Suite sur la deuxième page !

Prenez-vous des médicaments ? Par ex : anticoagulants (y compris les médicaments à base de plantes)* :

Nom du médicament	Le matin	Le midi	Le soir	Remarques

* Vous pouvez également utiliser un plan de médication. Pour cela, veuillez-vous adresser au secrétariat.

Avez-vous des allergies ? Oui Non

Si oui, à quoi ? _____

⇒ **Si vous avez des questions à notifier, n'hésitez pas à utiliser le verso libre !**

Explication et déliement du secret médical

Nom du patient en lettres capitales :

J'autorise le traitement et la transmission de mes données et constatations personnelles à des médecins, cliniques et établissements autorisés à participer au traitement et à sa poursuite, dans la mesure où cela sert à optimiser le diagnostic et le traitement.

J'accepte que mes échantillons de laboratoire soient envoyés aux laboratoires qui coopèrent avec nous.

Il m'a été informé, que je pouvais annuler le déliement du secret médical qui a un effet sur l'avenir, à tout moment.

Date : _____ **Signature :** _____

Le cabinet oncologique des Drs. Otremba / Reschke / Zirpel / Ruff / Peinert et Kühn peut renseigner aux personnes ou membres de la famille suivants des informations sur ma maladie et de ma visite au cabinet :

1. Nom : _____

Adresse : _____ N° de tel.: _____

2. Nom : _____

Adresse : _____ N° de tel.: _____

Je ne préfère pas que le cabinet partage à mes proches des informations sur ma maladie et de ma visite au cabinet.

Il m'a été informé que je pouvais annuler ce déliement du secret médical qui a un effet sur l'avenir, à tout moment.

Date : _____ **Signature :** _____