

## 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:.....

Mein Hausarzt ist: :.....

Ich bin  gesetzlich /  privat versichert /  nicht versichert und Selbstzahler.

Betrifft nur Privatversicherte\*:  KBV Tarif  PBeaKK Gruppe B  PKV Basistarif  PKV Standard Tarif

\* sofern keine Angaben zu Sonderversicherungsstatus erfolgen, liquidieren wir nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung.

### 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  |
| Stuhlnunregelmäßigkeiten?                    | <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.....<br>ca. _____ Gläser/ Tag                           |
| Allergien? Medikamenten-unverträglichkeiten? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? .....   |

Haben Sie guten Appetit?  nein  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