

Patientenselbstauskunft

Liebe Patient*innen,

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. Ihr Arzt/Ihre Ärztin wird Sie darüber hinaus über einige besondere Punkte Ihrer Krankengeschichte detaillierter befragen. Es wichtig, dass Sie über alle Befunde und Maßnahmen genau informiert sind. Sollten Sie etwas nicht richtig verstehen oder Fragen haben, fragen Sie bitte unbedingt nach. Aus Datenschutzgründen bitten wir Sie, diesen Fragebogen unserem Praxis-Team persönlich zu übergeben.

Ihr Team des MVZ Hämatologie und Onkologie Düsseldorf

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:

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

Name der Privatversicherung:

** sofern keine Angaben zu Sondersicherungsstatus 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.....
ca. _____ Gläser/ Tag |
| Allergien? Medikamenten-unverträglichkeiten? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| Haben Sie guten Appetit? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

3. Leiden Sie an einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|--|
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit..... |
| Herz-Kreislauf-und Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit..... |

- | | | |
|--------------------------|-------------------------------|--|
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, im Jahr..... |
| Diabetes/Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit..... welche..... |
| Thrombose/Lungenembolie | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit..... |
| Blutung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit..... |
| Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit..... welche..... |
| Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit..... welche..... |
| Magen-Darm-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit..... welche..... |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit..... welche..... |
| Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit..... welche..... |
| andere Erkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> 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

9. **Impfanamnese – ich bin geimpft gegen:**

Pneumokokken ja nein unbekannt
wann ja, wann: _____

Herpes Zoster ja nein unbekannt
wann ja, wann: _____

Name des Impfstoffes: _____

Influenza (Grippe) ja nein unbekannt
wann ja, wann: _____

Covid 19 ja nein unbekannt
wann ja, wann letzte: _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in