



**Dr. med. Gerald Gehbauer** Ärztliche Leitung  
**Dr. med. Ole Maywald** Ärztliche Leitung  
Fachärzte für Innere Medizin,  
Hämatologie und Onkologie

**Gabriele Sendtner**  
Fachärztin für Innere Medizin,  
Hämatologie und Onkologie  
(hausärztliche Versorgung)

Angestellte Fachärzt\*innen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um uns die Planung und eine optimale Betreuung zu erleichtern, möchten wir Sie um einige Informationen zu Ihnen und Ihrer Krankheitsgeschichte bitten:

Name, Vorname : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer/Handy: \_\_\_\_\_

Kontaktperson/Tel. \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Tarif (Bei Privatversicherten): \_\_\_\_\_

Arbeitgeber/Schadstoffbelastung: \_\_\_\_\_

Lebensumstände:     lebe allein,  
                               lebe mit Partner zusammen  
                               lebe mit Familie/ Kinder, Alter der Kinder: \_\_\_\_\_  
                               Alleinerziehend, Alter der Kinder: \_\_\_\_\_  
                               Angehörige in der Nähe: \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien?  nein  
                               Ja, welche: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente?  nein  
                               Ja, folgende:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Rauchen Sie:  Nein  
 Ja, wieviel und seit wann \_\_\_\_\_  
 Nein, aber früher \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol:  Nein  
 Ja, wieviel \_\_\_\_\_

Aktuelle Gesundheitsstand:  normal/ uneingeschränkte Aktivität möglich  
 eingeschränkte bei körp. Anstrengung, leichte Arbeit möglich  
 Selbstversorgung möglich, nicht arbeitsfähig, kann > 50% aufstehen  
 nur begrenzte Selbstversorgung, > 50% Stuhl/Bett gebunden

Aktuelle Hauptbeschwerden:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vorerkrankungen (möglichst vollständig, einschl. Operationen):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Erkrankungen in der Familie: \_\_\_\_\_

Name und Adresse des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Ggf. Name und Adresse weiterer Ärzte / behandelndes Krankenhaus:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Schweigepflichtsentbindung nach DSGVO**

Für die Weitergabe persönlicher Informationen ausschließlich an die von Ihnen angegebene Kontaktperson

Name der Kontaktperson: \_\_\_\_\_

Ingolstadt, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_