



Dr. med. Sebastian Schlott (Ärztliche Leitung)
Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und
Internistische Onkologie, Palliativmedizin

Dr. med. Stephanie Keßels
Fachärztin für Innere Medizin, Hämatologie
und Internistische Onkologie

Angestellte Fachärzte

- Kooperation mit dem Brustzentrum Kassel
- Mitglied im Onkologie-Verbund Nordhessen

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 Hämato-Onkologischen Zentrums Kassel

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 Hausärzte/Fachärzte sollen informiert werden:

.....

2. Leiden Sie unter

Hatten Sie Gewichtsverlust? ☐ nein ☐ ja _____ kg in _____ Monaten

Hatten Sie Nachtschweiß? ☐ nein ☐ ja

Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ehemaliger Raucher ☐ ja, wieviel? ca. _____ am Tag

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ☐ nein ☐ ja, Menge und Art

ca. _____ Gläser/ Tag

Allergien? Medikamentenunverträglichkeiten? ☐ nein ☐ ja, welche?

Hämato-Onkologisches Zentrum Kassel MVZ GmbH

Goethestraße 47, 34119 Kassel • Tel 0561 73933 72 • Fax 0561 73933 67 • info@onkologie-kassel.de • www.onkologie-kassel.de

Deutsche Bank AG • IBAN: DE55 2007 0000 0795 1700 00 • BIC: DEUTDEHHXXX

USt-IdNr.: DE815764195 • Amtsgericht Kassel, HRB 17579 • Geschäftsführung: Benjamin Laatzen, Bernd Rudloff, Dr. Guido Tuschen

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..... |
| Knochenkrankheiten/Knochenbrüche | ☐ 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 der Patientin/des Patienten