



Dr. med. Enno Moorahrend
Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie
und Internistische Onkologie, Palliativmedizin
Ärztliche Leitung

Dr. med. Philip Dargatz
Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie
und Internistische Onkologie, Palliativmedizin

Dr. med. Bernd Angrick
Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie
und Internistische Onkologie, Palliativmedizin

Angestellte Fachärzte im
Zentrum für Hämatologie und Onkologie MVZ GmbH

Selbstauskunft der Patient*innen

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 Zentrums für Hämatologie und Onkologie Minden-Lübbecke.

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? Medikamentenunver- ☐ nein ☐ ja, welche?
träglichkeiten?



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. Wie ist Ihr Allgemeinbefinden? ☐ gut ☐ zufriedenstellend ☐ noch ausreichend ☐ schlecht

Das Befinden ist zuletzt... ☐ gleich geblieben ☐ besser geworden ☐ schlechter geworden



9. Wie ist Ihre Leistungsfähigkeit? ☐ gut ☐ eingeschränkt ☐ sehr gering

Die Leistungsfähigkeit ist zuletzt... ☐ gleich geblieben ☐ besser geworden ☐ schlechter
Geworden

10. Haben Sie Schmerzen? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, wo haben Sie Schmerzen?

Wie Stark sind die Schmerzen? ☐ leicht ☐ mäßig ☐ stark ☐ sehr stark

Die Schmerzen bestehen... ☐ gelegentlich ☐ häufig ☐ ständig

Die Schmerzen sind zuletzt... ☐ gleich geblieben ☐ stärker geworden ☐ besser geworden

11. Wie ist Ihr Appetit? ☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht

12. Wie ist Ihr Gewicht? ☐ konstant ☐ zunehmend ☐ abnehmend ☐ wie viel kg

13. Ihr Stuhlgang ist x täglich.. ☐ normal ☐ hart ☐ weich ☐ wässrig ☐ häufig wechselnd

14. Ihr Wasserlassen ist... ☐ normal ☐ erschwert ☐ schmerzhaft oder brennend

15. Beim Schlafen gibt es ☐ keine Probleme ☐ Einschlafstörungen ☐ Durchschlafstörungen
☐ leichten Nachtschweiß ☐ starken Nachtschweiß ☐ Luftnot

16. Haben Sie ☐ Taubheitsgefühl ☐ Kribbeln ☐ Unsicherheit beim Gehen ?

.....
Durch das Landeskrebsregistergesetz NRW §14 ist die Praxis gesetzlich verpflichtet, alle Daten über das Auftreten, die Behandlung und den Verlauf von Krebserkrankungen auf gesichertem Weg zu melden.

Patienteninformationen liegen dazu im Wartezimmer und im Therapiebereich aus oder Sie fragen nach einem eigenen Exemplar an de Anmeldung
.....

Ort/Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten