

Aufnahme Fragebogen

Stammdaten*	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefon-Nr. (wg. evtl. Rückrufe, bitte auch Mobil)	
E-Mail	
Krankenkasse	
Stationäre Zusatzversicherung?	☐ Ja ☐ Nein
Gewicht	kg
Größe	cm
Beruf (bei Rentner bitte letzten Beruf angeben)	
Frühere Berufe (insbesondere im Hinblick auf Schadstoffe)	
Familienstand	
Kinder (Anzahl)	☐ Keine ☐ Söhne ☐ Töchter
Telefonnummer einer Kontaktperson	
Aktueller Gesundheitszustand	
Schmerzen	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, wo?	
Atemnot	☐ Ja ☐ Nein
Im Ruhezustand?	☐ Ja ☐ Nein
Druck auf der Brust bei Anstrengung	☐ Ja ☐ Nein
Durchfall	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, wie oft?	
Verstopfung?	☐ Ja ☐ Nein
Blut im Stuhl	☐ Ja ☐ Nein
Probleme beim Wasserlassen	☐ Ja ☐ Nein
Sonstige Probleme?	
Zusatzfragen für Frauen	
Ist Ihre Periode regelmäßig?	☐ Ja ☐ Nein
Datum der letzten Periode	
Falls die Wechseljahre eingetreten sind: Wann letzte Periode?	
Hormoneinnahme/-therapie:	
Anzahl der Schwangerschaften:	

BITTE WENDEN

 HÄMATOLOGIE – ONKOLOGIE MÜNCHEN-PASING	Qualitätsmanagement FBAufnahme Fragebogen	Hämatologie und Onkologie München-Pasing MVZ GmbH Bäckerstrasse 4 81241 München
---	---	--

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	☐ Ja ☐ Nein		
	Medikamentenname:	Dosis:	
Rauchen Sie?	☐ Nein, nie geraucht ☐ Nein, seit ☐ Jahren nicht mehr ☐ Ja, ☐ Zigaretten/ Zigarren am Tag seit ☐ Jahren		
Wieviel alkoholische Getränke nehmen Sie am Tag zu sich?	☐ Nein, nie Alkohol ☐ Gelegentlich Alkohol ☐ Ja:		
Leiden Sie unter Allergien?	☐ Nein ☐ Ja, welche?		
Wichtige Vorerkrankungen und Operationen (mit Datum)			
Familienerkrankungen			
Falls Krebserkrankungen, bei wem und welche?			
Falls Thrombosen, Lungenembolien, bei wem?			
Sonstige Erkrankungen:			
*Aktueller Hausarzt: Telefon- und Faxnummer:			
„Im Falle einer Tumorerkrankung sind wir per Gesetz verpflichtet, dieses an das bayrische Krebsregister zu melden“ Wenn Sie damit nicht einverstanden sind, sprechen Sie bitte Ihren behandelnden Arzt an.			
*Datenschutzbestimmung gem.§73 Abs. 1b SGBV			
Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten und Befunde an meine mitbehandelnden Ärzte übermittelt werden.	☐ Ja (Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden) ☐ Nein – bitte keinen Bericht versenden an:		
Zur Organisation externer Dienstleistungen (z.B. Apothekenlieferung, Laboraufträge, BRK, externer Schreibservice) kann es notwendig werden, Patientendaten weiterzuleiten. Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns Ihr Einverständnis dafür, die Daten weiterzuleiten, die zur Erfüllung der externen Dienstleistung notwendig sind.			

* Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

***Pflichtfelder**

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: QMB	Geprüft von: QMB
Erstellt am: 09.05.2022	Freigegeben am: 16.09.2025	Geprüft am: 07.02.2024
Version: 9	Seite 2 von 2	Letzte Änderung am: 16.09.2025