



Onkologische Praxis und Tagesklinik
Dr. med. Ludger Heflik
Till-Oliver Emde

Ärzte für Innere Medizin,
Hämatologie und internistische Onkologie

Patientenanamnese

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient!

Für die Krankenakte bitten wir um das Ausfüllen des folgenden Bogens.
Aus Datenschutzgründen bitten wir Sie, diesen Fragebogen nur Ihrem Arzt oder der Arzthelferin persönlich zu übergeben. Selbstverständlich sind alle Ihre Angaben freiwillig.

Mobilnummer: _____

Beruf: _____

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Kinder: Geben Sie bitte die Anzahl an: _____

Für unsere Patientinnen:

Schwangerschaft/en: Anzahl: _____ Geburten: _____

Um uns vorab ein Bild ihrer Beschwerden machen zu können, beantworten Sie uns bitte folgende Fragen:

1. Leiden Sie unter Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? _____

2. Sind Sie gegen Corona geimpft?

- ja nein

Wenn ja:

1.Impfung: _____ **2.Impfung:** _____ **3.Impfung:** _____
Mit welchem Impfstoff? _____

3. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

- ja nein

Wenn ja, welche?

Medikament	Dosierung

4. Leiden Sie an einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen?

- Herzinfarkt im Jahr:
- Bluthochdruck seit:
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) seit:
- Schilddrüsenerkrankung seit:
Welche: _____
- Infektionskrankheiten seit:
Welche: _____
- Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen seit:
Welche: _____
- Leber- und Nierenerkrankungen seit:
Welche: _____
- Lungen- und Atemwegserkrankungen seit:
Welche: _____
- Nerven- und Augenerkrankungen seit:
Welche: _____
- Stoffwechselerkrankungen seit:
Welche: _____
- andere Erkrankungen seit:
Welche: _____

5. Risikofaktoren:

Rauchen: Ich habe nie geraucht

früher geraucht, wie viele Jahre _____

rauche noch, seit: _____

Wenn ja, wieviel? ca. _____ am Tag mit Filter ohne Filter

Art: Zigaretten Zigarren Zigarillos Pfeife

Alkoholkonsum:

überhaupt keinen selten gelegentlich regelmäßig

wenn ja, Menge und Art: ca. _____ Gläser/Tag

6. Wurden Sie schon einmal operiert? ja nein

Wenn ja, warum und wann? _____

7. Ist in Ihrer Familie eine Krebserkrankung bekannt? ja nein

Wenn ja, welche Erkrankung und welches Familienmitglied ist betroffen? _____

8. Angaben zu mitbehandelnden Ärzten:

9. Auf wessen Veranlassung kommen Sie zu uns?

Hausarzt _____ Facharzt _____
 Krankenhaus, wenn ja welches? _____ Eigeninitiative

10. Einverständniserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass Auskünfte aus ärztlichen und psychologischen Befunden, die für die Behandlung erforderlich sind, von den Stellen und Ärzten eingeholt werden können bzw. Daten im Falle einer Weiter- oder Mitbehandlung an die entsprechenden Ärzte weitergegeben werden können.

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses:

Datum: _____

Unterschrift: _____

11. Ich bin damit einverstanden, dass ein Patientenfoto aufgenommen wird. Dieses Foto bleibt nur in der Praxissoftware, kann weder ausgedruckt noch weitergegeben werden.

0 ja

0 nein