

## Personalien:

Name: ..... Vorname: .....

PLZ/Wohnort: ..... Straße: .....

Geburtsdatum: ..... Telefonnummer: .....

Staatsangehörigkeit: ..... Hausarzt: .....

Beruf (am längsten ausgeübt): .....

Ich bin bei der Krankenversicherung: .....

gesetzlich / freiwillig versichert

privat versichert und erhalte eine Privatrechnung lt. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Besonderheiten (z.B. Basis-/Posttarif) .....

## Wegen welcher Erkrankung stellen Sie sich vor?

Bluterkrankung  Thrombose / -neigung

Tumorleiden  Gerinnungsstörung / Blutungen

Sonstiges  Weiß ich nicht

Ist schon eine Diagnose gestellt worden?

Wenn ja, welche? .....

## Anlass Ihrer Vorstellung in unserer Praxisklinik:

Diagnostik / Untersuchung  Therapie

Nachsorge  Beratung

## Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

Appetitlosigkeit nein  ja

Gewichtsverlust nein  ja

Gewichtsverlust ..... kg

Schmerzen nein  ja

wo ? .....

Luftnot nein  ja

Husten nein  ja

Müdigkeit nein  ja

Schwäche nein  ja

Fieber nein  ja

Schwitzen nein  ja

Wasserlassen normal  gestört

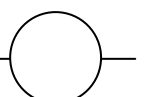
Verdauung normal  Verstopfung

Durchfall

Juckreiz nein  ja

Schlafstörungen nein  ja

Vermehrtes Durstgefühl nein  ja



**Welche Untersuchungen sind wegen der Erkrankung schon erfolgt ?**

Untersuchung	Wo ?	Wann ?

**Operationen, die wegen der Erkrankung schon erfolgt sind, und/oder wurde bereits ein Port gelegt ?**

Art des Eingriffs	Krankenhaus	Jahr

**Für Patienten mit Tumorleiden:**

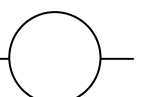
**Haben Sie sich bereits einer Chemotherapie unterzogen ?** Ja  Nein

Medikament / Schema	Krankenhaus / Arzt	von	bis

**Sind andere Behandlungen erfolgt ? <sup>1</sup>** Ja  Nein

Medikament	Arzt / Krankenhaus	von	bis

<sup>1</sup> Zum Beispiel Hormontherapie, Immuntherapie, alternative Behandlungsverfahren



**Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit regelmäßig ein ?**

Name	morgens	mittags	abends	Zur Nacht	Name	morgens	mittags	abends	Zur Nacht

**Angaben zu Vorerkrankungen**

**Operationen**

Art des Eingriffs	Krankenhaus	Jahr

**Andere Erkrankungen**

Art der Krankheit	Beginn

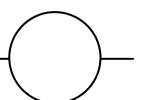
**Sind Sie allergisch ? NEIN**

**JA, gegen**

Penicillin  Röntgenkontrastmittel

Andere Medikamente  welche:.....

Anderes: .....



Geburtsdatum: .....

**Geburten**

Jahr ..... Kaiserschnitt  Jahr ..... Kaiserschnitt   
Jahr ..... Kaiserschnitt  Hatten Sie Fehlgeburten? Nein  Ja

**Regelmäßiger Konsum von:**

Nikotin: Art ..... Anzahl pro Tag: ..... seit wann ..... bis .....  
Alkohol: Art ..... Menge pro Tag: ..... seit wann ..... bis .....

**Familienkrankengeschichte (Blutsverwandte)**

Diabetes  wer: .....  
Herzinfarkt  .....  
Schlaganfall  .....  
Hoher Blutdruck  .....  
Krebserkrankung  .....  
Bluterkrankung  .....

**Bezugsperson im Notfall / Entbindung von der Schweigepflicht:**

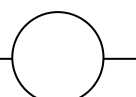
Name: ..... Vorname: .....  
PLZ / Wohnort: ..... Straße: .....  
Telefonnummer: .....

Gegenüber oben genannter Person entbinde ich Sie von der Schweigepflicht

.....  
Datum / Unterschrift Patient

**Weitere Informationen, die Sie für wichtig halten:**

.....  
.....  
.....  
.....



Die folgenden Angaben zu Ihren Lebensumständen sind freiwillig, helfen uns aber bei Ihrer Versorgung!

Wie ist Ihr Familienstand?

- ledig
- verheiratet/feste Partnerschaft
- geschieden/getrennt lebend
- verwitwet
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?

- lebe alleine
- 2 Personen
- 3 Personen
- 4 Personen
- 5 Personen und mehr

Haben Sie einen anerkannten Grad der Behinderung?

- nein
- Antrag läuft aktuell
- ja, Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_

Sind Sie als chronisch Kranker bei Ihrer Krankenkasse registriert, d.h. fallen Sie unter die sog. "Chronikerregelung"?

- nein
- weiß nicht (*Informationen hierzu erhalten Sie bei Bedarf in der Praxis*)
- ja

Sind Sie zur Zeit erwerbstätig?

- ja
- nein, arbeitslos/erwerbslos
- nein, arbeitsunfähig
- nein, Rente/Pension
- nein, andere Gründe

Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

- kein Schulabschluss
- Hauptschule/Volksschule
- Realschule/Mittlere Reife
- Abitur/Fachhochschulreife
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

