

Hämatologie und Onkologie Stolberg
Matthias Groschek
Dr.med. Birgit Pott
Silke Borchardt
Steinfeldstr.7 - 52222 Stolberg
Tel. 02402-7668829, Fax 02402-7668827

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir Sie zu Ihrer Krankengeschichte befragen, erlauben Sie, dass wir einige Aspekte auf diesem Fragebogen vorab schriftlich erfragen. Selbstverständlich ist die Beantwortung nicht Pflicht bzw. wird im persönlichen Gespräch näher vertieft. Durch die Angaben erleichtern Sie das stattfindende Gespräch.

Name, Vorname: _____ **Geb.-Datum:** _____

Telefon/Mobil-Nr: _____

Nächster Angehöriger, der im Notfall benachrichtigt werden soll:

Name, Vorname Telefon: _____

Wer ist Ihr Hausarzt: _____

Wer ist Ihr überweisender Arzt: _____

Welche Ärzte sind noch mitbehandelnd: _____

Sollen alle behandelnden Ärzte einen Brief erhalten? ja nein

Haben Sie eine Patientenverfügung? ja nein

Wegen welcher Beschwerden stellen Sie sich vor (nur Stichworte): _____

Größe: _____ **Gewicht:** _____

Operationen oder Krankenhausaufenthalte (Bitte alle Operationen mit Jahreszahl aufführen z.B. Blinddarm 1960):

Vorerkrankungen

	ja	nein	seit wann?	Bemerkungen:
Herzinfarkt				
sonstige Herzerkrankungen				
Schlaganfall				
Bluthochdruck				
Zuckerkrankheit				
Magengeschwüre				
Krebserkrankungen				
Nierenerkrankungen				
Lebererkrankungen				
Schilddrüsenkrankungen				
Kontrastmittelallergie				
sonstige Erkrankungen				

bitte wenden

Sind Allergien bekannt? (z.B. Medikamente, Pflaster) _____

Rauchen Sie?

nein

ja.....

Wieviele?: _____

Haben Sie geraucht?

nein

ja.....

seit wann: _____

von wann: _____

bis wann: _____

Wieviele?: _____

Krankheiten in der Familie

Hatten oder haben Ihre Eltern, Großeltern, Geschwister oder Kinder eine Erkrankung wie z.B. Bluthochdruck, Krebs, Zucker o.ä. ?

Wer? _____

Was? _____

Medikamenteneinnahme

Präparat (Handelsname)	morgens	mittags	abends	nachts	seit wann Monat/Jahr

Das Informationsblatt (Praxisaushang) gemäß §13 DSGVO vom 28.05.2018 habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner Blutproben zu Forschungszwecken zu.

ja nein

Erklärung und Entbindung von der Schweigepflicht

Ich erkläre mich einverstanden mit der Verarbeitung, Anforderung und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten und Befunde an befugte mit- und weiterbehandelnde Ärzte, Kliniken und Einrichtungen, soweit dies der Optimierung von Diagnostik und Therapie dient.

Auch gegenüber dem Softwarehaus sowie dem Steuerberater der Praxis.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Angabe freiwillig:

Die Onkologisch/Haematologische Praxis - M. Groschek - darf folgenden Personen bzw.

Familienmitgliedern Auskunft über meine Erkrankung und meinen Aufenthalt in der Praxis geben:

1. Name _____

Anschrift _____

2. Name _____

Anschrift _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Pfad: Daten auf ServerP/Praxisdateien/1 Sammelordner/Anmeldung/Patientenfragebogen(M.Groschek).xls