

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie haben sich in unserer Praxis angemeldet. Für eine umfassende und gute Betreuung ist es wichtig, dass unsere Ärztin/ unser Arzt möglichst umfassend über Ihre bisherige Krankengeschichte informiert ist. Dafür haben wir einen Fragebogen für Sie vorbereitet.

Wir bitten Sie diesen Fragebogen und Ihre möglichst vollständigen Unterlagen über ihre aktuelle Krankheit bzw. Beschwerden mitzubringen (z.B. Kopien von Befundberichten, Arztbriefen, Krankenhausbriefen, Laborwerte). Bitte keine Röntgenbilder mitbringen.

Wir benötigen **rechtzeitig vorab den Fragebogen** sowie vorhandene Unterlagen mit der Aufstellung der bisher behandelnden Ärzte bzw. Krankenhäuser und die **unterschiedene Einverständniserklärung und Vollmacht zur Befundeinholung**. Senden Sie diese dann bitte möglichst umgehend (z.B. per Fax 06103-3018-273) an uns zurück.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung und verbleiben mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam der Gemeinschaftspraxis für Hämatologie und Onkologie Langen

✂ -----

Checkliste für Ihren ersten Termin

1. Ausgefüllter Fragebogen mit Angaben über bisherige Behandlungen
2. Einverständniserklärung und Vollmacht zur Befundeinholung
3. Befunde, insbesondere Operationsberichte und Histologiebefunde, Arztbriefe, Laborberichte etc. in Kopie
4. Versichertenkarte und Überweisung (bei gesetzlich Versicherten)
5. ggf. Zuzahlungsbefreiung
6. Medikamentenliste mit Angaben zur Dosis und Einnahme

Sofern Ihr Termin innerhalb der nächsten drei Tage liegt, bitten wir Sie die Unterlagen (Punkt 1. bis 3.) schon vorab persönlich vorbei zu bringen.

Persönliche Angaben (in Druckbuchstaben)

Name	Vorname	Geburtsdatum
Familienstand	Beruf (evt. auch frühere)	
Schwerbehinderung (Grad/Merkmale)	Pflegestufe (falls vorhanden) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Befreiung von der Zuzahlung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Telefonnummer + Mobiltelefonnummer (+ optional E-Mail)		

Der Arztbrief soll gehen an:

Hausarzt
Facharzt / Klinik

Einverständnis und Vollmacht zur Befundeinholung

Gemäß §73 Abs. 1b SGB V willige ich hiermit ein, dass die an meiner Behandlung beteiligten Ärzte (z.B. Pathologe, Radiologe, Krankenhäuser, usw.) der Gemeinschaftspraxis für Hämatologie und Onkologie Drs. med. Fuchs/Köhler meine Krankenunterlagen in Schriftform per Brief, Fax, ggf. elektronisch über eine geschlossene und gesicherte Datenverbindung übermitteln. Die Gemeinschaftspraxis darf bei Leistungserbringern Befunde anfordern und einsehen und bei mir erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten und Ärztinnen übermitteln. Die übermittelten Daten unterliegen dabei der ärztlichen Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit widerrufen kann. Ferner erlischt mein Einverständnis automatisch mit Abschluss der Behandlung bzw. Betreuung durch die Praxis. Auskunft über die beteiligten Einrichtungen wird mir auf Nachfrage erteilt.

Bitte geben Sie uns eine auskunftsberechtigte Person (Angehörige) mit Telefonnummer an, diese darf falls erforderlich über ihre Befunde informiert werden:	
Ort, Datum	Unterschrift, Patient/-in [Titel Vorname Zusatz Name]

- Ich bin damit einverstanden, zum Zwecke des regelmäßigen Recalls nach der Erstbehandlung von der Gemeinschaftspraxis Drs. med. Fuchs/ Köhler benachrichtigt zu werden.

Aktuelle Beschwerden

Schmerzen (Markieren Sie bitte ihre aktuellen Schmerzen unter bestehender Medikation auf dieser Skala)

keine Schmerzen starke Schmerzen

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
→

Bluterkrankungen

Bisherige Behandlungen im Rahmen der aktuellen Erkrankung

Bisher behandelnde Ärzte und Krankenhäuser, ggf. bereits erfolgte Untersuchungen oder Behandlungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Leiden Sie an einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen?

- | | |
|-----------------------------------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | im Jahr: |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | seit: |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | seit: |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Zucker) | seit: |
| <input type="checkbox"/> Blutungs- /Thromboseneigung | seit: |
| <input type="checkbox"/> Gelenkserkrankungen | seit: |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten | seit: |
| <input type="checkbox"/> Herz , Kreislauf und Gefäßerkrankungen | |
| welche und seit wann? | |

- Leber- und Nierenerkrankungen
welche und seit wann? _____
- Lungen- und Atemwegserkrankungen
welche und seit wann? _____
- Nerven- und Augenerkrankungen
welche und seit wann? _____
- Stoffwechselerkrankungen
welche und seit wann? _____
- Allergien
welche und seit wann? _____
- Hormonstörungen
welche und seit wann? _____
- Andere Krankheiten
welche und seit wann? _____

Letzte Menstruation

Monat/Jahr:

Wie häufig haben Sie Stuhlgang?

- täglich alle 2 Tage
 alle 3 Tage alle 4 Tage
 seltener

Rauchen Sie regelmäßig?

- ja nein (bis zum Jahr)

Wenn ja, wie viele Zigaretten/Zigarren pro Tag?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

- ja nein (bis zum Jahr)

Wenn ja, wie viel (Menge pro Tag)?

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen bekannt? ja nein

Wenn ja, welche Erkrankung und welches Familienmitglied ist betroffen?

Welche Medikamente nehmen Sie ein? (Name, Dosierung: ggf. Rückseite verwenden)

Wann?

Wo?

Letzte Vorsorgeuntersuchung

--	--

Screening Mammographie

--	--

Vorsorge-Darmspiegelung

--	--