

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 unterschriebene 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. Befunde, insbesondere Operationsberichte und Histologiebefunde, Arztbriefe, Laborberichte etc. in Kopie
3. Versichertenkarte und Überweisung (bei gesetzlich Versicherten)
4. ggf. Zuzahlungsbefreiung
5. Medikamentenliste mit Angaben zur Dosis und Einnahme

Sofern Ihr Termin innerhalb der nächsten drei Tage liegt, bitten wir Sie die Unterlagen (Punkt 1. bis 2.) schon vorab persönlich vorbei zu bringen.

Persönliche Angaben (in Druckbuchstaben)

Name	Vorname	Geburtsdatum												
Familienstand	Beruf (ggf. auch frühere)													
Schwerbehinderung (Grad/Merkmale)	Pflegestufe (falls vorhanden) <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Befreiung von der Zuzahlung <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Ja</td> <td>Nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ja	Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Ja	Nein													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
Telefonnummer	Mobilnummer	E-Mail / Faxnr. (optional)												

Versand des Arztbriefes an:

Hausarzt
Facharzt 1
Facharzt 2
Klinik

Auskunftsberechtigte Personen

Name, Vorname	Beziehung	Telefonnummer
Name, Vorname	Beziehung	Telefonnummer

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in

Aktuelle Beschwerden

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

Keine Schmerzen 😊	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Starke Schmerzen ☹️
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erkrankung der Blutbildung oder Krebserkrankung

Bisherige Behandlungen im Rahmen der aktuellen Erkrankung

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

Sonstige Erkrankungen

Leiden Sie an einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen?

- | | | | |
|---|--------|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | Datum: | <input type="checkbox"/> Gelenkserkrankungen | seit: |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | seit: | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten | seit: |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | seit: | <input type="checkbox"/> Blutungs-
/Thromboseneigung | seit: |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Zucker) | seit: | | |
-
- | | | |
|---|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> Herz-, Kreislauf-/Gefäßerkrankungen: | _____ | seit: |
| <input type="checkbox"/> Leber-/Nierenerkrankungen: | _____ | seit: |
| <input type="checkbox"/> Lungen-/Atemwegserkrankungen: | _____ | seit: |
| <input type="checkbox"/> Nerven-/Augenerkrankungen: | _____ | seit: |
| <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen: | _____ | seit: |
| <input type="checkbox"/> Allergien: | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Hormonstörungen: | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Andere Krankheiten: | _____ | |

Sonstige Angaben

Letzte Menstruation (Monat/Jahr)	_____			
Wie häufig haben Sie Stuhlgang?	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> alle 2 Tage	<input type="checkbox"/> alle 3 Tage	<input type="checkbox"/> alle 4 Tage
Rauchen Sie regelmäßig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Extraucher	seit: _____ Wenn ja: Wie viele Päckchen pro Tag über welchen Zeitraum?
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Früher, bis: _____	Wenn ja: Wie viel?
Sind in Ihrer Familie Kreberkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja: Welche Familienmitglieder und Erkrankungen? _____	

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie ein? Name und Dosierung, ggf. Rückseite verwenden

Vorsorge

	Wann?	Wo?
Letzte Vorsorgeuntersuchung		
Screening Mammographie		
Vorsorge-Darmspiegelung		