

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

Schmerzen nein ja

Luftnot nein ja

Husten nein ja

Müdigkeit nein ja

Schwäche nein ja

Fieber nein ja

Schwitzen nein ja

Wasserlassen normal gestört

Verdauung normal Verstopfung

Juckreiz nein ja

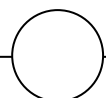
Schlafstörungen nein ja

Vermehrtes Durstgefühl nein ja

Gewichtsverlust kg

wo ?

Durchfall



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

Haben Sie einen Nachsorgepass ? Wenn ja, bitte Nachsorge-Nr. eintragen:

Für Patienten mit Tumorleiden:

Haben Sie sich bereits einer Chemotherapie unterzogen ? Ja Nein

Medikament / Schema	Krankenhaus / Arzt	von	bis

Sind andere Behandlungen erfolgt ? ¹ Ja Nein

Medikament	Arzt / Krankenhaus	von	bis

¹ 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

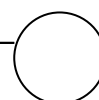
Sind Sie allergisch ? NEIN

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:

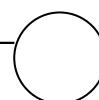
Name: Vorname:
PLZ / Wohnort: Straße:
Telefonnummer:

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: _____

