



Onkologische Praxis und Tagesklinik
Till-Oliver Emde
Dr. med. Ludger Heflik
Lioba Hinricher
Dr. med. Elke Tillmann

Ärzte für Innere Medizin,
Hämatologie und internistische Onkologie

Patientenanamnese

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient!

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal beraten und in dringlichen Fällen kontaktieren zu können, bitten wir Sie zunächst, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Aus Datenschutzgründen bitten wir Sie, diesen Fragebogen nur Ihrem Arzt oder der Arzthelferin persönlich zu übergeben. Selbstverständlich sind alle Ihre Angaben freiwillig.

Mobilnummer: _____

Beruf: _____

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Kinder: Geben Sie bitte die Anzahl an: _____

Für unsere Patientinnen:

Schwangerschaft/en: Anzahl: _____ Geburten: _____

Um uns vorab ein Bild ihrer Beschwerden machen zu können, beantworten Sie uns bitte folgende Fragen:

1. Sind Sie gegen Corona geimpft?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja:

1.Impfung: _____ 2.Impfung: _____ 3.Impfung: _____

Mit welchem Impfstoff? _____

2. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?☐ **ja**☐ **nein**

Wenn ja, welche?

Medikament	Dosierung

3. Nehmen Sie zurzeit frei verkäufliche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein?

Präparat	Dosierung

4. Risikofaktoren:Rauchen: Ich habe ☐ nie geraucht☐ früher geraucht, wie viele Jahre_____☐ rauche noch, seit:_____Wenn ja, wieviel? ca. _____ am Tag ☐ mit Filter ☐ ohne FilterArt: ☐ Zigaretten ☐ Zigarren ☐ Zigarillos ☐ PfeifeAlkoholkonsum:☐ überhaupt keinen ☐ selten ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig

wenn ja, Menge und Art: ca. _____ Gläser/Tag

5. Leiden Sie an einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen?

- | | |
|--|----------------|
| ☐ Herzinfarkt | im Jahr: _____ |
| ☐ Bluthochdruck | seit: _____ |
| ☐ Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) | seit: _____ |
| ☐ Schilddrüsenerkrankung | seit: _____ |
| Welche: _____ | |
| ☐ Infektionskrankheiten | seit: _____ |
| Welche: _____ | |
| ☐ Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen | seit: _____ |
| Welche: _____ | |
| ☐ Leber- und Nierenerkrankungen | seit: _____ |
| Welche: _____ | |
| ☐ Lungen- und Atemwegserkrankungen | seit: _____ |
| Welche: _____ | |
| ☐ Nerven- und Augenerkrankungen | seit: _____ |
| Welche: _____ | |
| ☐ Stoffwechselerkrankungen | seit: _____ |
| Welche: _____ | |
| ☐ andere Erkrankungen | seit: _____ |
| Welche: _____ | |

6. Wurden Sie schon einmal operiert?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, warum und wann? _____

7. Leiden Sie unter Allergien?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

8. Ist in Ihrer Familie eine Krebserkrankung bekannt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche Erkrankung und welches Familienmitglied ist betroffen? _____

9. Angaben zu mitbehandelnden Ärzten:

10. Auf wessen Veranlassung kommen Sie zu uns?

- ☐ Hausarzt _____ ☐ Facharzt _____
- ☐ Krankenhaus, wenn ja welches? _____
- ☐ Eigeninitiative

10. Ich bin damit einverstanden, dass ein Patientenfoto aufgenommen wird. Dieses Foto bleibt nur in der Praxissoftware, kann weder ausgedruckt noch weitergegeben werden.

0 **ja**

0 **nein**

Datum: _____

Unterschrift: _____