

Onkologie UnterEms

Annenstraße 11
26789 Leer

Onkologie UnterEms

Annenstraße 11
26789 Leer

Telefon: +49 (0) 491 98791-0
Telefax: +49 (0) 491 98791-11
E-Mail: termin@onkologie-ue.de

Angaben zur Krankheitsvorgeschichte

- Füllen Sie den Fragebogen online über Ihren Browser aus
- Speichern Sie den ausgefüllten Fragebogen auf Ihrem Gerät
- Schicken Sie den Fragenbogen als Anhang per E-Mail an die termin@onkologie-ue.de

Persönliche Angaben:

Nachname Vorname Geburtsdatum

Straße Wohnort Ihre Telefon-Nummern

Privat: _____

Mobil: _____

Ihre Mail-Adresse

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: _____ Ort: _____

Welche Erkrankung führt Sie zu uns?

Haben Sie weitere Erkrankungen? (Bitte mit genauer Jahresangabe MM.YYYY)

Beschreibung Seit

Operationen und Krankenhausaufenthalte? (Bitte mit genauer Jahresangabe)

Beschreibung	Wann
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Hatten oder haben Sie die folgenden Erkrankungen?

Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit: _____
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit: _____
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit: _____
Thrombose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit: _____
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit: _____

Sind Allergien/Unverträglichkeiten vorhanden?

ja nein

Wenn ja, welche?

Rauchen Sie?

ja nein

falls ja, wie viele am Tag? _____

Trinken Sie Alkohol?

ja nein

falls ja, was und wieviel in welchem Zeitraum? _____

Gibt es Krebserkrankungen in der Familie ersten Grades? (Bitte genau aufführen)

Krebsart	Wer	Seit wann
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Welche körperlichen und psychischen Belastungen haben Sie zurzeit?

<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Herzrasen
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Kribbeln/Taubheitsgefühle
<input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/> Verminderte körperliche Leistungsfähigkeit
<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> Angst
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen
<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit/Übelkeit	<input type="checkbox"/> Gewichtsverlust

Medikamentenplan:

Bitte nennen Sie uns hier alle Medikamente, die Sie derzeit zu sich nehmen.

Auch solche Medikamente, die nicht in Zusammenhang mit dem aktuellen Grund Ihres Besuchs stehen:

Medikament	Dosierung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
z.B. Aspirin	150 g	1	0	1	0
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Sind bei Ihnen Allergien gegen bestimmte Medikamente bekannt?

ja nein

falls ja, gegen welche Medikamente?

Ihre häusliche Situation:

Ihr Beruf: _____

Familienstand:

ledig verheiratet verwitwet getrennt

Wer kümmert sich um Sie, wenn Sie Hilfe benötigen?

Name: _____ Tel. Nr.: _____

Ist, wenn nötig, eine Hilfe für den Haushalt vorhanden?

ja nein Wenn ja, durch wen? _____

Haben Sie pflegebedürftige Angehörige, um die Sie sich kümmern?

ja nein

Ernährungsberatung:

Haben Sie den Wunsch nach einer Ernährungsberatung hier bei uns in der Praxis?

ja nein

Im Falle einer Tumorerkrankung sind wir dazu verpflichtet, Ihre Erkrankung an das Epidemiologisches Krebsregister Niedersachsen zu melden.

Ich habe das Patienteninformationsblatt (<https://www.onkologie-ue.de/patienten-info.pdf>) gelesen und wurde über die Weitergabe meiner persönlichen Daten (<https://www.onkologie-ue.de/datenschutzerklaerung>) aufgeklärt und erkläre mich damit einverstanden. Der Weitergabe meiner persönlichen Daten kann ich jederzeit widersprechen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten oder Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können,
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte oder Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Diese Erklärung bleibt gültig bis auf einen eventuellen Widerruf. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Bringen Sie bitte viel Zeit mit und schreiben Sie sich Ihre Fragen genau auf, die Sie den Arzt fragen möchten.

Falls Sie neue Befunde haben, die uns noch nicht vorliegen, bitte denken Sie daran diese mitzubringen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Praxisteam der Onkologie UnterEms