

**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](mailto: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](mailto: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? \_\_\_\_\_

**Sind bei Ihnen Allergien gegen bestimmte Medikamente bekannt?**

ja  nein  
falls ja, gegen welche Medikamente? \_\_\_\_\_

**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

### Ihre häusliche Situation:

Ihr Beruf: \_\_\_\_\_

Familienstand:

- ledig     verheiratet     verwitwet     getrennt     geschieden

### Ernährungsberatung:

Wünschen Sie eine Ernährungsberatung hier bei uns in der Praxis

- ja     nein

gegen Vorkasse: 150,- € Erstgespräch, Folgegespräch 69,- €

Haben Sie ein Pflegegrad?

- ja     nein

falls ja, welchen?

\_\_\_\_\_

Haben Sie ein Pflegedienst?

- ja     nein

falls ja, welchen?

\_\_\_\_\_

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

---

Datum

Kenntnisnahme Behandler