

*in überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaft mit der Gemeinschaftspraxis  
 für Radiologie, Dr. D. Wujciak – Dr. M. Diestelhorst – DM M. Drevenstedt –  
 H. Gollmann – Dr. M. Gürtler – Dr. U. Weidt, Niemeyerstr. 23, 06110 Halle*

Niemeyerstr. 22  
 06110 Halle (Saale)  
 Tel.: 0345-68236-0  
 Fax: 0345-68236-77  
 www.onkologie-halle.de

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

bevor wir Sie zu Ihrer Krankengeschichte befragen, erlauben Sie, dass wir einige Aspekte auf diesem Fragebogen vorab schriftlich erfragen. Selbstverständlich ist die Beantwortung nicht Pflicht bzw. wird im persönlichen Gespräch näher vertieft. Durch die Angaben erleichtern Sie das stattfindende Gespräch.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil-Nr: \_\_\_\_\_

Nächster Angehöriger, der im Notfall benachrichtigt werden soll:

Name, Vorname Telefon: \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt: \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr überweisender Arzt: \_\_\_\_\_

Welche Ärzte sind noch mitbehandelnd: \_\_\_\_\_

Sollen alle behandelnden Ärzte einen Brief erhalten? ja nein

Haben Sie eine Patientenverfügung? ja nein

Wegen welcher Beschwerden stellen Sie sich vor (nur Stichworte):

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Operationen oder Krankenhausaufenthalte

(Bitte alle Operationen mit Jahreszahl aufführen z.B. Blinddarm 1960):

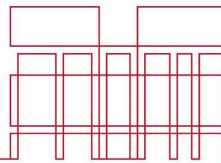
\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Vorerkrankungen**

|                           | ja | nein | seit wann? | Bemerkungen: |
|---------------------------|----|------|------------|--------------|
| Herzinfarkt               |    |      |            |              |
| sonstige Herzerkrankungen |    |      |            |              |
| Schlaganfall              |    |      |            |              |
| Bluthochdruck             |    |      |            |              |
| Zuckerkrankheit           |    |      |            |              |
| Magengeschwüre            |    |      |            |              |
| Krebserkrankungen         |    |      |            |              |
| Nierenerkrankungen        |    |      |            |              |
| Lebererkrankungen         |    |      |            |              |
| Schilddrüsenerkrankungen  |    |      |            |              |
| Kontrastmittelallergie    |    |      |            |              |
| sonstige Erkrankungen     |    |      |            |              |

1/2 Patientenfragebogen von [Titel Vorname Zusatz Name], \*[geb.]





*in überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaft mit der Gemeinschaftspraxis  
 für Radiologie, Dr. D. Wujciak – Dr. M. Diestelhorst – Dr. M. Drevenstedt –  
 H. Gollmann – Dr. M. Gürtler – Dr. U. Weidt, Niemeyerstr. 23, 06110 Halle*

Niemeyerstr. 22  
 06110 Halle (Saale)  
 Tel.: 0345-68236-0  
 Fax: 0345-68236-77  
 www.onkologie-halle.de

Sind Allergien bekannt? (z.B. Medikamente, Pflaster)

Rauchen Sie / Haben Sie geraucht?    ja            nein            bis wann: \_\_\_\_\_

Krankheiten in der Familie \_\_\_\_\_

Hatten oder haben Ihre Eltern, Großeltern, Geschwister oder Kinder eine Erkrankung wie z.B.  
 Bluthochdruck, Krebs, Zucker o.ä. ?

| Wer? | Was? |
|------|------|
|      |      |
|      |      |
|      |      |

**Medikamenteneinnahme**

| Präparat (Handelsname) | morgens | mittags | abends | nachts | Bemerkungen |
|------------------------|---------|---------|--------|--------|-------------|
|                        |         |         |        |        |             |
|                        |         |         |        |        |             |
|                        |         |         |        |        |             |
|                        |         |         |        |        |             |

**Erklärung und Entbindung von der Schweigepflicht**

Ich erkläre mich einverstanden mit der Verarbeitung und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten und Befunde an befugte mit- und weiterbehandelnde Ärzte, Kliniken und Einrichtungen, soweit dies der Optimierung von Diagnostik und Therapie dient.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Angabe freiwillig:**

Die Onkologische Gemeinschaftspraxis darf folgenden Personen bzw. Familienmitgliedern Auskunft über meine Erkrankung und meinen Aufenthalt in der Praxis geben:

**1. Name** \_\_\_\_\_

**Anschrift** \_\_\_\_\_

**2. Name** \_\_\_\_\_

**Anschrift** \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

