

Liebe Patientin, lieber Patient,
für eine umfassende und gute Betreuung ist es wichtig, dass wir möglichst umfassend über Ihre bisherige Krankengeschichte informiert sind. Dafür haben wir einen Fragebogen für Sie vorbereitet.

Ihr Praxisteam

Persönliche Angaben

Name	Vorname	Geburtsdatum	Familienstand	Kinder <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beruf	Name des Auskunftsberechtigten mit Tel. Nr.			

Telefonische Erreichbarkeit

Tel. Nr.	Beste Zeit (Wochentage, Zeiten):
----------	----------------------------------

Bisherige Behandlungen im Rahmen der aktuellen Erkrankung

(Bitte so vollständig wie möglich ausfüllen, zumindest Name und Telefonnummer.)

Hausarzt	
Bisherige Maßnahmen im Rahmen der Erkrankung:	
Weiterer/anderer Facharzt:	Kontakt (Adresse, Telefon):

Körpergröße: _____ **Gewicht:** _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Medikament	Wie oft ? Dosierung	Seit wann?

Anamnese

Wurde bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen / Symptome festgestellt? Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- | | | | |
|--------------------|---|-----------------------|---|
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Herzenge | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Gallenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Luftnot | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Hohe Blutfettwerte | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen?

- | | | | |
|-----------------------|---|------------------------|---|
| Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Erkrankung Magen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Dünn- oder Dickdarm | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie Krampfadern | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |

Besteht eine Infektionskrankheit z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose? Ja Nein

Liegen Krampfleiden z.B. Epilepsie vor? Ja Nein

Wenn ja, welche _____

Hatten Sie schon einmal eine Thrombose oder Lungenembolie Ja Nein

Besteht eine Allergie oder Überempfindlichkeit Ja Nein
wenn ja, welche: _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wie viel (Anzahl der Zigaretten/Zigarren pro Tag) _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein

Wenn ja, wie viel (Menge pro Tag)? _____

Hatten Sie Kontakt mit Corona-infizierten Menschen Ja Nein

Waren Sie in Corona-Risikogebieten? Ja Nein

Wann war Ihre letzte Früherkennungsuntersuchung Jahr _____
bzw. Vorsorgeuntersuchung?

Ich habe die Angaben nach bestem Wissen über meinen Gesundheitszustand erstellt

Ort, Datum

Unterschrift des Patient

Einverständnis und Vollmacht zur Befundeinholung

Gemäß §73 Abs. 1b SGB V willige ich hiermit ein, dass die an meiner Behandlung beteiligten Ärzte (z.B. Pathologe, Radiologe, Krankenhäuser, usw.) dem Centrum für Hämatologie und Onkologie Bethanien meine Patientenunterlagen übermitteln.

Das Centrum für Hämatologie und Onkologie Bethanien darf bei Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erheben und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeiten und nutzen sowie bei mir erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten und Ärztinnen übermitteln.

Im Falle einer Vorstellung in der Tumorkonferenz erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten im Rahmen der Tumorkonferenz verarbeitet werden. Der Nutzen dieser interdisziplinären Tumorkonferenzen für Sie als Patient liegt in der direkten und gleichzeitigen Einbeziehung aller notwendigen medizinischen Spezialisten bei der Erstellung des für Ihre Erkrankung optimalen Behandlungsplans. Die übermittelten Daten unterliegen dabei der ärztlichen Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ferner erlischt mein Einverständnis automatisch mit Abschluss der Behandlung bzw. Betreuung durch die Praxis. Auskunft über die beteiligten Einrichtungen wird mir auf Nachfrage erteilt.

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift des Patient

Nicht nur aus rechtlicher Verpflichtung, sondern darüber hinaus auch aus persönlicher Überzeugung verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten achtsam und sorgfältig. Ausführliche Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie im Wartezimmer als Aushang oder erhalten Sie auf Wunsch von uns ausgehändigt. Unsere Datenverarbeitung Ihrer

personenbezogenen Daten erfolgt gemäß DSGVO/BDSG und unseren Datenschutzhinweisen.
(Einverständnis und Vollmacht zur Befundeinholung Version-03 per 27.11.2018)