



Anamnesebogen

Onkologische Schwerpunktpraxis Dr. med. S. Fries/ C. Schuster

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um ein Höchstmaß an Sicherheit Ihrer Gesundheit und eine gezielte individuelle Behandlung zu erreichen müssen wir über bestimmte Informationen verfügen,

Bitte beantworten Sie daher folgende Fragen und kreuzen Sie Zutreffendes an.

Lassen Sie sich nicht davon beeinflussen, ob Sie sich im Augenblick gut oder schlecht fühlen, sondern versuchen Sie, bei Ihrer Beurteilung die letzten vier Wochen zu berücksichtigen.

Aus Datenschutzgründen bitten wir Sie, diesen Fragebogen uns persönlich zu übergeben.

Vielen Dank für Ihre Zusammenarbeit!

Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Hausarzt/ überweisender Arzt: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein

Medikamentenplan:

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts



Vorerkrankungen:

Allergien: _____

Krebserkrankung: _____

Krebserkrankung in der Familie: _____

Diabetes: _____

Bluthochdruck: _____

Schilddrüsenerkrankung: _____

Herz- und Kreislauferkrankung: _____

Lungen- und Atemwegserkrankung: _____

Leber- und Nierenerkrankung: _____

Rauchen Sie regelmäßig? **Ja** **Nein**

Hatten Sie in letzter Zeit eine Erkrankung mit **MRSA-Keimen**? **Ja** **Nein**

Besteht bei Ihnen **Hepatitis** oder **HIV-Infektion**? **Ja** **Nein**

Einverständniserklärung:

Ich bin mit der Übersendung meiner Befunde an mitbehandelnde Ärzte einverstanden.

Des Weiteren stimme ich _____ einer Anforderung
meiner Befunde von **Patientenname in Druckbuchstaben** mitbehandelnden Ärzten sowie Krankenhausärzten zu.

Mit einer Vorstellung meiner Befunde im Rahmen von Tumorkonferenzen bin ich einverstanden.

Im Rahmen der Behandlung werden analog der Datenschutzgrundverordnung Daten erhoben. Daraus leitet sich ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Widerruf der Einwilligung ab. Bei Fragen sprechen Sie uns an.

Ort, Datum

x _____
Unterschrift (Patient)

Anamnesebogen und externe Befunde ärztlich gesehen:

Ort, Datum

Unterschrift (Arzt)



Einverständniserklärung Befundanforderung und -übersendung

Ich _____ bin mit der
Patientenname und Geburtsdatum in Druckbuchstaben

Übersendung meiner Befunde an mitbehandelnde Ärzte
einverstanden.

Des Weiteren stimme ich einer Anforderung sowie Versendung
meiner Befunde an mitbehandelnden Ärzten sowie
Krankenhausärzten zu.

Mit einer Vorstellung meiner Befunde im Rahmen von
Tumorkonferenzen bin ich einverstanden.

Im Rahmen der Behandlung werden analog der
Datenschutzgrundverordnung Daten erhoben. Daraus leitet sich
ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Widerruf
der Einwilligung ab. Bei Fragen sprechen Sie uns an.

Ort, Datum

Unterschrift (Patient)