



## 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: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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** **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 sowie mit der Meldung an das  
Tumorregister 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 x \_\_\_\_\_  
Unterschrift (Arzt)