



Dr. med. Siegfried Siehl
Dr. med. Sebastian Schlott

Fachärzte für Innere Medizin, Hämatologie
und Internistische Onkologie, Palliativmedizin

Dr. med. Stephanie Keßels

Fachärztin für Innere Medizin, Hämatologie
und Internistische Onkologie

Angestellte Fachärzte

- Kooperation mit dem Brustzentrum Kassel
- Mitglied im Onkologie-Verbund Nordhessen

Patientenselbstauskunft

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie haben sich in unserer Praxis neu angemeldet. Damit wir Sie individuell beraten können und wir uns ein genaues Bild über Ihre Erkrankung(-en) machen können, bitten wir Sie, diesen Bogen vorab sorgfältig auszufüllen. Sie helfen uns damit, Ihre Betreuung so effektiv und so angenehm wie möglich für Sie zu gestalten. Ihr behandelnder Arzt wird Sie darüber hinaus über einige besondere Punkte Ihrer Krankengeschichte detaillierter befragen. Es ist uns insbesondere wichtig, dass Sie über alle Befunde und Maßnahmen genau informiert sind. Sollten Sie etwas nicht richtig verstehen oder weitere Fragen haben, zögern Sie bitte nicht, diese Ihrem Arzt zu stellen. Aus Datenschutzgründen bitten wir Sie, diesen Fragebogen nur Ihrem Arzt/Ärztin oder einer Praxis-Mitarbeiterin persönlich zu übergeben.

Vielen Dank für die Mithilfe

Ihr Team des Hämato-Onkologischen Zentrums Kassel

1. Allgemeine Angaben

Name/Vorname:

geboren am.: Beruf:.....

Telefon-Festnetz: Telefon-Mobil:.....

Größe: cm Gewicht: kg

Haben Sie einen Lebenspartner/-in? nein ja Kinder/Anzahl:

Im Notfall zu benachrichtigen:

Auskunft darf gegeben werden an:

Welche Hausärzte/Fachärzte sollen informiert werden:

.....

2. Leiden Sie unter

Hatten Sie Gewichtsverlust? nein ja _____ kg in _____ Monaten

Hatten Sie Nachtschweiß? nein ja

Rauchen Sie? nein ehemaliger Raucher ja, wieviel? ca. _____ am Tag

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? nein ja, Menge und Art

ca. _____ Gläser/ Tag

Allergien? Medikamentenunverträglichkeiten? nein ja, welche?

Hämato-Onkologisches Zentrum Kassel MVZ GmbH

Goethestraße 47, 34119 Kassel • Tel.: +49 561 73933-72 • Fax: +49 561 73933-67 • info@onkologie-kassel.de • www.onkologie-kassel.de

Deutsche Bank AG • IBAN: DE55 2007 0000 0795 1700 00 • BIC: DEUTDE33HAN

UST-ID: DE815764195 • Amtsgericht Kassel, HRB 17579 • Geschäftsführung: Bernd Rudloff, Dr. Mirco Schäcke, Dr. Guido Tuschen

3. Leiden Sie an einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|--|
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit..... |
| Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit..... |
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, im Jahr..... |
| Diabetes/Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit..... welche..... |
| Thrombose/Lungenembolie | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit..... |
| Blutung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit..... |
| Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit..... welche..... |
| Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit..... welche..... |
| Magen-Darm-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit..... welche..... |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit..... welche..... |
| Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit..... welche..... |
| Knochenkrankheiten/Knochenbrüche | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit..... welche..... |
| andere Erkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit..... welche..... |

4. Wurden Sie schon einmal operiert? nein ja, warum und wann?

.....
.....

5. Ist in Ihrer Familie eine Krebserkrankung bekannt? nein ja, welche Erkrankung und welches Familienmitglied ist betroffen?

.....

6. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? nein ja, welche Medikamente und Dosierung:

.....
.....

7. Besteht eine Pflegestufe?

8. Auf wessen Veranlassung kommen Sie zu uns?

Hausarzt..... Facharzt

Krankenhaus, welches? Eigeninitiative

Ort/Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten