

# Krankenvorgeschichte

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

Sie haben sich in unserer Praxis angemeldet. Für eine umfassende und gute Betreuung ist es wichtig, dass unser Ärzteteam möglichst umfassend über Ihre bisherige Krankengeschichte informiert ist. Dafür haben wir einen Fragebogen für Sie vorbereitet.

Wir bitten Sie diesen Fragebogen und Ihre möglichst vollständigen Unterlagen über ihre aktuelle Krankheit bzw. Beschwerden mitzubringen (z.B. Kopien von Befundberichten, Arztbriefen, Krankenhausbriefen, Laborwerte). Bitte keine Röntgenbilder mitbringen.

Wir benötigen vor einer Terminvergabe den Fragebogen sowie vorhandene Unterlagen mit der Aufstellung der bisher behandelnden Ärzte bzw. Krankenhäuser und die unterschriebene Datenschutzerklärung und Vollmacht zur Befundeinholung. Bitte bringen Sie diese zu Ihrem Vortermin mit oder senden Sie diese Unterlagen vorab per Post oder per Fax 06103-3018-273 an uns.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung

**Ihr Praxisteam der Gemeinschaftspraxis für Hämatologie und Onkologie Langen**

---

## Checkliste für Ihren Vortermin

1. Ausgefüllter Fragebogen mit Angaben über bisherige Behandlungen/Medikamentenliste
2. Unterschriebene Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten
3. Befunde, insbesondere Operationsberichte und Histologiebefunde, Arztbriefe, Laborberichte
4. Versichertenkarte und Überweisung
5. ggf. Zuzahlungs-Befreiungskarte
6. Sollten Sie einen gesetzlichen Betreuer haben, beglaubigte Kopie des Betreuerausweises oder Original

**Persönliche Angaben**

<b>Name</b>		<b>Vorname</b>			<b>Geburtsdatum</b>			
<b>Telefon Festnetz</b>	<b>Telefon mobil</b>		<b>ggf. Fax</b>		<b>E-Mail</b>			
<b>Familienstand</b>			<b>Beruf (ggf. auch frühere)</b>					
<b>Schwerbehinderung</b> Prozent/Merkmale		<b>Pflegegrad</b>			<b>Befreiung von der Zuzahlung</b> Wenn ja: Befreiungskarte vorlegen			
		1	2	3	4	5	Ja	Nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Versand des Arztbriefes an:**

<b>Hausarzt</b>
<b>Facharzt 1</b>
<b>Facharzt 2</b>
<b>Klinik</b>

**Auskunftsberechtigte Personen**

<b>Name, Vorname</b>	<b>Beziehung</b>	<b>Telefonnummer</b>
<b>Name, Vorname</b>	<b>Beziehung</b>	<b>Telefonnummer</b>

---

 Ort, Datum

---

 Unterschrift Patient/-in

## Aktuelle Beschwerden

---



---



---



---



---

## Schmerzen

Markieren Sie bitte ihre aktuellen Schmerzen unter bestehender Medikation auf dieser Skala

Keine Schmerzen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Starke Schmerzen

## Erkrankungen

### Blut-/Lymphom-/Krebserkrankungen

Bisherige Behandlungen, behandelnde Ärzte und Krankenhäuser im Rahmen der aktuellen Erkrankung, ggf. bereits erfolgte Untersuchungen oder Behandlungen

---



---



---

Sonstige Erkrankung		Seit
<input type="checkbox"/>	Blutungsneigung:	
<input type="checkbox"/>	Thrombose, Lungenembolie:	
<input type="checkbox"/>	Lungen- und Atemwegserkrankungen:	
<input type="checkbox"/>	Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Andere: <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	
<input type="checkbox"/>	Lebererkrankungen:	
<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen:	
<input type="checkbox"/>	Nervenerkrankungen:	
<input type="checkbox"/>	Augenerkrankungen	
<input type="checkbox"/>	Stoffwechselerkrankungen <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion <input type="checkbox"/> Andere: <input type="checkbox"/> Insulinpflichtig <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion	
<input type="checkbox"/>	Allergien:	
<input type="checkbox"/>	Infektionserkrankungen (z.B. Hepatitis B/C, HIV)	
<input type="checkbox"/>	Andere Erkrankungen:	

## Sonstige Angaben

Letzte Menstruation (Monat/Jahr)			Wie häufig haben Sie Stuhlgang?			
			täglich <input type="checkbox"/>	Alle 2 Tage <input type="checkbox"/>	Alle 3 Tage <input type="checkbox"/>	Alle 4 Tage <input type="checkbox"/>
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?			Rauchen Sie regelmäßig?			
Ja, wieviel? <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Früher, bis:	Ja, wieviel? <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Früher, bis:	
Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen bekannt?						
Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>		Wenn ja: Welche Familienmitglieder und Erkrankungen?		

## Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie ein? Name und Dosierung, ggf. Rückseite verwenden, bitte alle aufführen, auch Nahrungsergänzungsmittel

---



---



---



---



---



---



---



---



---

## Vorsorge

Untersuchung	Wann?	Wo?
Letzte Vorsorgeuntersuchung		
Screening Mammographie		
Vorsorge-Darmspiegelung		

Wir danken für Ihre Mithilfe!