ONKOLOGIE
AM FILMPARK

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Ihre Behandlung in unserer Praxis optimal vorbereiten zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen möglichst genau auszufüllen. Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.

Ihre Telefonnummer

Email (nur falls Versand von Dokumenten (ungeschützt) per mail gewünscht)

Auskunftsberechtigte Personen/Angehörige mit Angabe des Geburtsdatums

Hausarzt

ggf. weitere mitbehandelnde Fachärzte

Größe Gewicht

Haben Sie ungewollt abgenommen? Ja nein

Wenn ja, wieviel kg?

Haben Sie guten Appetit? Ja nein

Leiden Sie an folgenden Krankheiten bzw. Beschwerden?

	ja	nein	Bitte freilassen für Arztnotizen
Bluthochdruck			
Herzkrankheit			
Vorhofflimmern			
Diabetes mellitus			
Schilddrüsenerkrankung			
Lungenerkrankung/ Asthma			
Neurologische Erkrankung			
Magengeschwür			
Thrombose/ Lungenembolie			
Lebererkrankung			
Krebs			
Rheumatische Erkrankung			
Hautveränderungen			
Stuhlgangsunregelmäßigkeiten			
Probleme beim Wasserlassen			

Wurden Sie schon operiert? Wenn ja, welche OPs und wann?

_____

_____

Medikamentenliste: als Kopie oder bitte ausfüllen

Medikament	Dosis und Einnahme

Leiden Sie unter Allergien? **ja** ☐ **nein** ☐

Wenn ja, wogegen? _____

Rauchen Sie? **ja** ☐ **nein** ☐

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? **ja** ☐ **nein** ☐

Trat zuletzt Nachtschweiß auf? **ja** ☐ **nein** ☐

Familienstand:

Kinder:

derzeitiger Beruf:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Einverständniserklärung

Erklärung und Entbindung von der Schweigepflicht

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis

- zur Verarbeitung und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten und Befunde an befugte mit- und weiterbehandelnde Ärzte, Kliniken, Einrichtungen soweit dies der Optimierung von Diagnostik und Therapie dient. Weitere Informationen zur Datenschutzgrundverordnung liegen in der Praxis aus. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an uns.

- dass mich bei Abwesenheit meiner behandelnden Ärztin eine andere Ärztin der Praxis BAG Onkologie am Filmpark behandelt.

- dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist. Alle Mitarbeiter sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

- dass meine Laborproben an die mit der BAG Onkologie am Filmpark kooperierenden Labore übermittelt werden.

Ich erlaube unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen Auskünfte über mich bzw. meinen Gesundheitszustand und die Aushändigung erhobener Befunde in ausgedruckter Form, Formulare und Rezepte, nachdem deren Identität zweifelsfrei festgestellt wurde ***folgenden Personen:***

Name, Vorname _____ geb. am _____

Name, Vorname _____ geb. am _____

Name, Vorname _____ geb. am _____

MEIN NOTFALLKONTAKT:

Name,Vorname _____Tel.Nr.: _____

Mir ist bekannt, dass ich diese Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____