

Sehr geehrte Patienten,

um Sie besser behandeln zu können und eine lückenlose Informationsweitergabe zwischen allen an Ihrer Behandlung beteiligten Ärzten zu gewährleisten, bitten wir Sie um folgende Angaben:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Name, Anschrift, Telefonnummer des Hausarztes:

Name, Anschrift, Telefonnummer weiterer Ärzte:

1.

Name, Anschrift, Telefonnummer weiterer Ärzte:

2.

Angaben zur Krankengeschichte

Größe:

 cm

Gewicht:

 kg

Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen und falls ja:

Diabetes (Zuckerkrankheit)

ja nein

seit wann?

Bluthochdruck

ja nein

seit wann?

Schilddrüsenerkrankungen

ja nein

seit wann?

Thrombose

ja nein

seit wann?

Herzinfarkt

ja nein

seit wann?

Blutgerinnungsstörungen

ja nein

seit wann?

Bösartige Erkrankungen

ja nein

seit wann?

Weitere Vorerkrankungen?

Allergien?

ja nein

wenn ja, welche?

Operationen und Krankenhausaufenthalte (mit Jahresangabe)

Medikamenteneinnahme

Medikament	morgens	mittags	abends	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Krankheiten in der Familie (leibliche Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder)

Wer?	Krankheit?
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Ich erkläre mein Einverständnis zur Weitergabe und Verarbeitung meiner persönlichen Daten und Befunde an befugte mit- oder weiterbehandelnde Ärzte, Kliniken und andere Einrichtungen, soweit dies der Optimierung meiner Behandlung dient.

Westerstede, den

Unterschrift

An folgende Personen und Angehörige darf die Hämatologisch-Onkologische Praxis Drs. Reichert & Janssen Auskunft über meine Erkrankung einschließlich Behandlung und meinen Aufenthalt in der Praxis geben.

1. Name, Anschrift

2. Name, Anschrift

3. Name, Anschrift

Westerstede, den

Unterschrift