

# W8 Onkologische Schwerpunktpraxis

Reiner Weinberg  
Dr. med. Dirk Tummes  
Dr. med. Dorothee Guggenberger

Weberstraße 8  
52064 Aachen  
Tel 0241 99 00 55 0  
Fax 0241 99 00 55 22

Ärzte für Innere Medizin,  
Hämatologie und internistische Onkologie

email: [info@onkologie-aachen.de](mailto:info@onkologie-aachen.de)  
[www.onkologie-aachen.de](http://www.onkologie-aachen.de)

## Patientenfragebogen W8

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient!

Für eine gute Betreuung ist es wichtig, daß wir umfassend über Ihre bisherige Krankengeschichte informiert sind. Bitte beantworten Sie daher folgende Fragen und kreuzen Sie Zutreffendes an.

**Aus Datenschutzgründen bitten wir Sie, diesen Fragebogen nur Ihrem Arzt/Ärztin oder einer Arzthelferin persönlich zu übergeben. Selbstverständlich sind alle Ihre Angaben freiwillig.**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Raucher/in:  Ja, ca. \_\_\_\_\_ /Tag  Nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol:  Ja, ca. \_\_\_\_\_ /Tag  Nein

**Was führt Sie in unsere Praxis? Beschreiben Sie kurz Ihre derzeitigen Beschwerden und die bisherige Behandlung!**

**Leiden Sie unter Schmerzen, wenn ja, welche und seit wann?**

Ja, \_\_\_\_\_

Nein

**Leiden Sie an einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                             | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                 |
| <input type="checkbox"/> Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Zucker)    |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen                | <input type="checkbox"/> Lungen-/ Atemwegserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten                   | <input type="checkbox"/> Blutungs-/Thromboseneigung    |
| <input type="checkbox"/> Leber- und Nierenerkrankungen           | <input type="checkbox"/> Nerven- und Augenerkrankungen |

- Gelenkerkrankungen
- Allergien, wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_
- Andere Krankheiten, wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_
- Krebserkrankungen , wenn ja, welche und seit wann ?  
\_\_\_\_\_

**Frühere Operationen (welche, wo und in welchem Jahr ?)**

**Haben/hatten Ihre Eltern/Geschwister oder Kinder chronische oder bösartige Erkrankungen ?**

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis ?  Ja, \_\_\_\_\_  Nein

Haben Sie eine Pflegestufe ?  Ja, \_\_\_\_\_  Nein

Haben Sie eine Patientenverfügung ?  Ja  Nein

Welche Ärzte sollen über Ihre Erkrankung informiert werden ?

\_\_\_\_\_

**Sonstige wichtige Angaben:**

**Bitte Tragen Sie Ihre aktuelle Medikation auf beiliegender Liste ein !**

Vielen Dank für Ihre Zusammenarbeit!

# Medikamente

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Name des Medikamentes (genaue Bezeichnung und Dosis)	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Bemerkungen:

Vielen Dank Ihr Praxisteam