

Keldersstr. 4
42697 Solingen
Tel.: 0212/72058
Fax: 0212/72059

Giesenheide 15
40724 Hilden
Tel.: 02103/90644-0
Fax: 02103/90644-44

- Innere Medizin
- Hämatologie
- Onkologie
- Palliativmedizin
- Komplementärmedizin
- Naturheilverfahren
- Hausärztliche Versorgung

Ihre Vorgeschichte

Vorname/Name: Geb. Datum:

Adresse: Tel.Nr.:

Angehörige: Tel.Nr.:

Hausarzt: Tel.Nr.:

Versicherung:

Die nachfolgenden Fragen helfen uns, eine komplikations- und reibungslose Behandlung zu ermöglichen. Bitte tragen Sie mit Ihren Angaben dazu bei.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- durch die Familie/Freunde/Bekannte
- durch die Empfehlung meines Hausarztes
- durch Empfehlung des überweisenden Arztes
- über das Telefonbuch
- durch das Internet
- ich wohne in der Gegend
-

Welcher Arzt hat Sie zu uns überwiesen?

- Ich bin ohne Überweisung hierher gekommen
- Hausarzt
- Anderer
- Arzt:

Haben Sie ein PORT-System?

- Ja
- Nein

Haben Sie eine PEG-Ernährungssonde?

- Ja
- Nein

Ihre Blutgruppe (falls bekannt):

Wurde Ihnen schon einmal Blut übertragen?

- Ja
- Nein

Vertragen Sie Röntgen-Kontrastmittel?

- Ja
- Nein

Medizinische Daten:

Ihre Größe: cm

Ihr Gewicht: kg

Haben Sie Gewicht verloren?

- Ja
- Nein

Wenn ja, wie viel in welcher Zeit?

.....

Haben Sie einen Herzschrittmacher?

- Ja
- Nein

Ist bei Ihnen eine Zuckerkrankheit bekannt?

- Ja
- Nein

Leiden Sie an Erkrankungen ...

- des Herzens?
- des Blutdrucks?
- des Blutes oder des Blutgerinnungssystems?
- der Lunge?
- des Magens (etwa Magengeschwüre)
- des Darms?
- der Schilddrüse?
- der Haut?
- der Geschlechtsorgane?
- des Nervensystems?
- der Gelenke?

Haben Sie Schmerzen

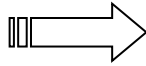
- Ja
- Nein

Wenn ja, wo?

Haben sie eine chronische Infektion?

- Nein
- Hepatitis
- HIV / AIDS
- Andere:

Bitte Rückseite beachten



Haben Sie Fieber

- Ja
- Nein

Haben Sie Nachtschweiß

- Ja
- Nein

Leiden Sie an Allergien?

- Ja
- Nein

Wenn ja, worauf reagieren Sie allergisch?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wurden Sie bereits einmal operiert?

- Nein
- Ja

Wenn ja, wann wurde was operiert?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hatten Sie früher eine Thrombose/Lungenembolie?

- Ja
- Nein

Rauchen Sie?

- Nein
- Ja, und zwarZigaretten am Tag

Trinken Sie Alkohol?

- Ja
- Nein

Wenn ja wie häufig?

täglich 3x/Woche 1x/Woche 2x/Monat SELTENER

Erhalten Sie derzeit Leistungen aus der Pflegeversicherung?

- Ja
- Nein

Wenn ja, welche Pflegestufe?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Ja
- Nein

Wenn ja, welche und wogegen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Haben Sie in den letzten 10 Tagen blutgerinnungshemmende Medikamente, z.B. Aspirin, Godamed, ASS oder Marcumar eingenommen?

- Ja
- Nein

Gibt es sonst noch etwas wichtiges, das in diesem Bogen nicht gefragt worden ist, Sie aber noch erwähnen möchten?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

.....
Datum, Unterschrift des Patienten oder ges. Vertreters