

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

- 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

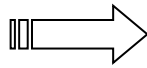
- Ja
- Nein

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 zwar .....Zigaretten 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