



Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,

Sie können das ärztliche Aufnahmegespräch erleichtern, wenn Sie zuvor einige Fragen beantworten.

Ihre Angaben sind freiwillig und können auch im Gespräch mit dem Arzt erfolgen. Sie können Ihre Angaben jederzeit schriftlich widerrufen.

Name, Vorname, Geburtsdatum

Telefonnummer:	Telefonnummer nächster Angehöriger:	
aktuelle Beschwerden:		
Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Infektionsneigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?		
Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Größe und Gewicht	cm	kg
Appetit und Nahrungsaufnahme		
Probleme beim Stuhlgang?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Probleme beim Wasserlassen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wo?		
Vorerkrankungen		
Operationen		
Erlerner/ausgeübter Beruf		
Exposition mit Chemikalien oder Strahlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein



Blut-/Krebserkrankungen in der Familie bekannt?

ja

nein

wenn ja , welche?

Medikamente

Name / Dosis

morgens

mittags

abends

nachts

bei Bedarf

Nikotin

ja

nein

Wenn ja, wie viel?

Alkohol

ja

nein

Wenn ja, wie viel?

Allergien?

ja

nein

wenn ja, welche?

Hausarzt

Internist

Frühere hämatologische oder onkologische Befunde?

ja

nein

Wenn ja, wo und bei wem?

Letzte Röntgenuntersuchung der Lunge?

Wann und Wo?

Datum u. Unterschrift Patient:

Vielen Dank, Ihr Praxisteam!