Fachärztezentrum HANSE GESUNDHEIT NORD | Praxis für Strahlentherapie

Sehr geehrter Patient,
um für das ärztliche Erstgespräch in unserer Strahlentherapieambulanz alle notwendigen Informationen von Ihnen zu haben und Sie bestmöglich beraten und therapieren zu können, bitten wir Sie vorab um Ausfüllung dieses Fragebogens. Wir werden natürlich im Gespräch bei Bedarf ausführlich auf die einzelnen Punkte eingehen.
Außerdem bitten wir Sie um Ihre Einwilligung ein Foto von Ihnen für unsere Akte machen zu dürfen.

Vielen Dank!

Name, Vorname

_____

Geburtsdatum

_____

Größe (cm) _____ ***Gewicht*** (kg) _____

Telefonnummern

_____

Was haben Sie aktuell für Beschwerden (wie z. B. Schmerzen, Luftnot o. ä.)

_____

_____

_____

Begleit-/Vorerkrankungen

_____

_____

_____

Medikamente (Name und Grund der Einnahme)

_____

_____

_____

Hatten Sie bereits (andere) Tumorerkrankungen?

◯ Nein ◯ Ja, _____
Welche?

Sind Sie schon einmal bestrahlt worden?

◯ Nein ◯ Ja, _____
Wann/wo?

Hatten Sie schon einmal eine Chemotherapie?

◯ Nein ◯ Ja, _____
Welche?

Haben Sie Allergien?

◯ Nein ◯ Ja, _____
Welche?

Bei Frauen: könnten Sie schwanger sein?

◯ Nein ◯ Ja

Haben Sie Metallimplantate?

◯ Nein ◯ Ja, _____
Was?

Haben Sie einen Herzschrittmacher?

◯ Nein ◯ Ja

Habe Sie ein Hörgerät?

◯ Nein ◯ Ja

Haben Sie Zahnersatz?

◯ Nein ◯ Ja, herausnehmbar ◯ Ja, festsitzend

Besteht eine Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis, HIV, Tbc etc.)?

◯ Nein ◯ Ja, _____
Welche?

Rauchen Sie?

◯ Nein ◯ Ja, _____
Wieviel?

Konsumieren Sie Alkohol?

◯ Nein ◯ Ja, _____
Wieviel?

Konsumieren Sie andere Drogen

◯ Nein ◯ Ja, _____
Welche/wieviel?

Sind Sie berufstätig

◯ Nein ◯ Ja, _____
Als was?

Sind Sie zuhause bei Krankheit durch andere Haushaltsangehörige versorgt?

◯ Nein ◯ Ja, _____
Von wem?

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

◯ Nein ◯ Ja, _____
Wieviel %? Merkzeichen?

Haben Sie einen Pflegegrad?

◯ Nein ◯ Ja, _____
Welchen?

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift