

Onkologisches Zentrum Passau
**MVZ für Hämatologie und
Onkologie Passau GmbH**

Dr.-Emil-Brichta-Str. 3
94036 Passau / Kohlbruck am Messepark



Tel.: 0851 / 3 31 33
Fax: 0851 / 22 22
Mail: info@onkologisches-zentrum-passau.de

Vorab möchten wir Sie gerne um Angaben zu Ihrer Krankheitsvorgeschichte bitten.

- Füllen Sie den Fragebogen online über Ihren Browser aus oder drucken Sie ihn aus.
- Speichern Sie den ausgefüllten Fragebogen auf dem Desktop ihres PCs.
- Schicken Sie die PDF als Anhang per E-Mail an info@onkologisches-zentrum-passau.de oder per Post an die oben angegebene Adresse.

Persönliche Angaben:

Nachname: Vorname:
Straße/Nr.: PLZ/Ort:
Tel. Privat: Mobil:
E-Mail: Geburtsdatum:

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: Ort:

Welche Erkrankung führt Sie zu uns?

.....
.....

Haben Sie weitere Erkrankungen? (Bitte mit genauer Jahresangabe MM.YYYY)

Beschreibung	Seit MM.YYYY
.....
.....
.....
.....



Operationen und Krankenhausaufenthalte? (Bitte mit genauer Jahresangabe)

Beschreibung	im Jahr YYYY
.....
.....
.....
.....

Ggf. schriftliche Befunde (Röntgen-, CT-, MRT- Untersuchungen) in den letzten 5 Jahren.

Hatten oder haben Sie die folgenden Erkrankungen (seit YYYY)?

Diabetes	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit:
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit:
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit:
Thrombose	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit:
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit:

Sind Allergien/Unverträglichkeiten vorhanden?

Nein Ja, folgende:

Rauchen Sie?

Nein Ja, Stück Zigartten pro Tag:

Trinken Sie Alkohol?

Nein Ja, Sorte / Menge / Zeitraum:

Gewichtsverlust (in den letzten 6 Monaten) kg

Wie war Ihr Ausgangsgewicht? kg

Gibt es Krebserkrankungen in der Familie ersten Grades? (Bitte genau aufführen)

Krebsart	Wer	Seit wann (YYYY)
.....
.....
.....
.....



Welche körperlichen und psychischen Belastungen haben Sie zurzeit?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Herzrasen |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Kribbeln/Taubheitsgefühle |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen | <input type="checkbox"/> Verminderte körperliche Leistungsfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> Angst |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit/Übelkeit | <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust |

Medikamentenplan

Bitte nennen Sie uns hier alle Medikamente, die Sie derzeit zu sich nehmen. Auch solche Medikamente, die nicht in Zusammenhang mit dem aktuellen Grund Ihres Besuchs stehen:

Medikament	Dosierung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
z.B. Aspirin	100 mg	1	0	1	0
.....
.....
.....
.....
.....

Sind bei Ihnen Allergien gegen bestimmte Medikamente bekannt?

- Nein
- Ja, gegen folgende Medikamente.

.....

.....

.....

- Ja, gegen folgende Substanzen.

.....

.....

.....

Ihre häusliche Situation:

Ihr Beruf:

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet getrennt

Kinder: Nein Ja

Wer kümmert sich um Sie, wenn Sie Hilfe benötigen?

Name:

Tel. Nr.:

Ist, wenn nötig, eine Hilfe für den Haushalt vorhanden?

Nein Ja, durch wen?

Haben Sie pflegebedürftige Angehörige, um die Sie sich kümmern?

Nein Ja

Ernährungsberatung

Haben Sie den Wunsch nach einer Ernährungsberatung hier bei uns in der Praxis?

Nein Ja



Im Falle einer Tumorerkrankung sind wir dazu verpflichtet, Ihre Erkrankung an das Bayerische Krebsregister zu melden.

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientenunterlagen gem. § 73 Abs. 1 b SGB V, Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht; Datenübermittlung an das Bayerische Krebsregister nach § 65c SGB V. 2

Information zum Schutz Ihrer Daten (DSGVO)

Für Hausarzt, Klinik, Weiterbehandlung durch Facharzt,
Zytostatika zubereitende Apotheke

Patient/in

Name

Vorname

Geb.-Datum

Adresse

Durch das versenden des ausgefüllten Formulars, erkläre ich mich einverstanden, dass das Onkologische Zentrum Passau meine Behandlungsdaten, Laboraufträge, Befunde (Arztbriefe), stationäre Aufenthalte zum Zwecke der Weiterbehandlung und Dokumentation anfordern kann. Ferner bin ich einverstanden, dass das Bayerische Krebsregister meine Daten erhalten darf. Diese dienen der Krebsfrüherkennung und -bekämpfung sowie der gesundheitlichen Aufklärung.

Hiermit entbinde ich die behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht.

Mit der Verwendung und Weitergabe meiner Daten i.R. der Therapie bin ich einverstanden.

i Es ist mir bekannt, dass diese Erklärung freiwillig ist und ich diese jederzeit ganz oder teilweise, ohne Angabe von Gründen, widerrufen kann. Den Aushang in der Praxis zum Thema Datenschutz gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) habe ich gelesen. In diesem Zusammenhang sind wir gesetzlich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck Daten erhoben, gespeichert und ggf. weitergeleitet werden.

🕒 Bringen Sie bitte viel Zeit mit und schreiben Sie sich Ihre Fragen ggf. genau auf, die Sie den Arzt fragen möchten.

i Falls Sie zusätzliche, NEUE Befunde haben, die uns NOCH NICHT vorliegen, bitte denken Sie daran diese unbedingt mitzubringen.

♥ Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

