



PRAXIS FÜR HÄMATOLOGIE • ONKOLOGIE • PALLIATIVMEDIZIN

ONKOLOGIE BEI DER WASSERKUNST

DR. ASTRID FAßBINDER & DR. DÖRTHE PETERS

Liebe Patientin, lieber Patient,

vor Ihrem ersten Besuch bei uns möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten, um uns die Arbeit zu erleichtern. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

I. Allgemeine Angaben

Name, Vorname, Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift (Straße, Hausnr., PLZ, Ort): _____

Telefon, Fax: _____

E-Mail-Adresse: _____

Geburtsort / Staatsangehörigkeit / Sprachen: _____

Name und Telefonnr. von Kontaktperson(en): _____

II. Aktuelle Probleme

Welche gesundheitlichen Probleme belasten Sie aktuell?

III. Zu Ihrer eigenen Anamnese

Bitte machen Sie Angaben zu vorbekannten Erkrankungen der unten aufgeführten Organe, möglichst mit Zeitangabe / Angabe des Zeitpunktes der Erstdiagnose:

	Wann?	Art der Krankheit
1. Augen		
2. Hals, Nase, Ohren		
3. Schilddrüse		
4. Lungen		
5. Herz, Gefäße, Blutdruck		
6. Gallenblase, Leber		
7. Magen-Darm-Trakt		
8. Nieren, Harnblase		
9. Geschlechtsorgane		
10. Haut		
11. Nerven, Gehirn, Gemüt		
12. Gelenke, Wirbelsäule		
13. Blutkrankheiten		
14. Krebskrankheiten		
15. andere Erkrankungen (Diabetes etc.)		
16. Arbeitsunfall		
17. Operationen		

Krankenhausaufenthalte

von - bis	Grund

von - bis	Grund

Bitte nennen Sie Ihre behandelnden Ärzte der letzten 12 Monate mit Anschrift und Fachrichtung:

IV. Sozialanamnese

Bitte beschreiben Sie Ihre aktuellen Lebensumstände (allein lebend, Partnerschaft, verheiratet, verwitwet)

Anzahl der Geschwister (bitte auch Angabe ob Zwilling, Mehrling):

Anzahl der Kinder (bitte auch Alter angeben):

Gibt es in Ihrem beruflichen / privaten Bereich Umstände, die Sie besonders belasten?

Aktuelle Stellung im Beruf / Erwerbsleben:

- nicht erwerbstätig (z.B. Hausfrau, Rentner, Vorruhestand)
- Auszubildende/r
- Angestellte/r // Beamte/r
- selbständig

zuletzt ausgeübter Beruf / Erwerbstätigkeit (möglichst genaue Beschreibung):

Name und Anschrift Ihres Arbeitgebers:

Name und Anschrift Ihrer Krankenkasse:

Sind Sie aktuell arbeitsunfähig?

nein ja seit _____ Grund _____

Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate arbeitsunfähig?

nein ja von-bis _____ Grund _____

Liegt eine Patientenverfügung vor?

nein ja (Kopie erwünscht)

Liegt eine Vorsorgevollmacht vor?

nein ja Bevollmächtigte/r: _____ (Kopie erwünscht)

V. Familienanamnese

Liegen bzw. lagen bei Ihren lebenden oder verstorbenen Blutsverwandten folgende Erkrankungen vor?

	Wer?
1. Zuckerkrankheit	
2. Rheuma / Gicht	
3. Asthma / Allergien	
4. Bluthochdruck	
5. Nerven- und Gemütsleiden	
6. Hautkrankheiten	
7. Blutkrankheiten	
8. Andere Erkrankungen	
9. Krebserkrankungen	

VI. Vegetative Anamnese

Größe _____ Gewicht _____ Gewichtsveränderung seit _____

Rauchen Sie? nein ja früher, bis _____

Trinken Sie täglich oder fast täglich Alkohol? nein ja Menge _____

Besteht eine Schwangerschaft? nein ja

Regelblutung normal

Auffälligkeiten Welche? _____

Stuhlgang normal

Auffälligkeiten Welche? _____

Nächtliches Wasserlassen ? nein ja

Wie ist Ihr Schlaf ? normal

Auffälligkeiten Welche? _____

Besondere Diäten ? nein ja

Welche?

VII. Medikamente

Haben Sie Allergien / Unverträglichkeit gegenüber Medikamenten etc.?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein (Name des Medikaments, Dosis, Zeitpunkt der Einnahme, auch pflanzliche Medikamente)?

Name

Vorname

Geburtsdatum

VIII. Einverständniserklärung und Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Patientendaten in der Praxis „Onkologie bei der Wasserkunst“ Lübeck erhoben und verarbeitet werden. Ein Informationsblatt hängt in der Praxis aus, zu dem ich auch Rückfragen stellen konnte

- • über den Umfang und die Art meiner Daten
- • über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- • über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und die Folgen daraus.

Weiterhin erkläre mich damit einverstanden, dass

- • mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten / Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können;
- • mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde Ärzte / Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen, sofern dies der Optimierung von Diagnostik und Therapie dient. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (z.B. Blutwerten) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind;
- • meine Daten im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Kostenträger oder das Landesamt für Soziale Dienste, übermittelt werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Raum für etwaige Einschränkungen des Einverständnisses:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Die Praxis „Onkologie bei der Wasserkunst“ darf darüber hinaus folgenden Personen bzw. Familienmitgliedern Auskunft über meine Erkrankung und meinen Aufenthalt in der Praxis geben:

1. Name: _____

Anschrift: _____

Tel.-Nr.: _____

2. Name: _____

Anschrift: _____

Tel.-Nr.: _____

3. Name: _____

Anschrift: _____

Tel.-Nr.: _____

Ich möchte nicht, dass die Praxis meinen Angehörigen Auskunft über meine Erkrankung und meinen Aufenthalt in der Praxis gibt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____