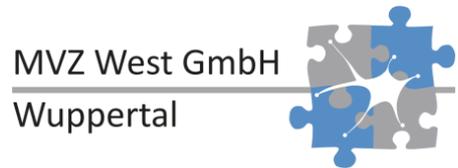


**MVZ West GmbH Wuppertal**

Hainstraße 15 – 17, 42109 Wuppertal  
Tel: 0202 - 44 92 32 – Fax: 0202 – 44 92 91  
E-Mail: anmeldung@onkologie-wuppertal.de



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um ein Höchstmaß an Sicherheit Ihrer Gesundheit und eine gezielte Behandlung zu erreichen, müssen wir über bestimmte Informationen verfügen. Bitte beantworten Sie daher folgende Fragen und kreuzen Sie Zutreffendes an. Lassen Sie sich nicht davon beeinflussen, ob Sie sich im Augenblick gut oder schlecht fühlen, sondern versuchen Sie, bei Ihrer Beurteilung die letzten vier Wochen zu berücksichtigen. Aus Datenschutzgründen bitten wir Sie diesen Fragebogen nur Ihrem Arzt oder seiner Arzthelferin persönlich zu übergeben. Ihre Angaben sind freiwillig.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil-Nr: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Männlich  Weiblich

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Beruf: \_\_\_\_\_

**Ihre Vorerkrankungen**

|                            |                          |      |                          |    |                |
|----------------------------|--------------------------|------|--------------------------|----|----------------|
| Herzinfarkt                | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | im Jahr: _____ |
| Bluthochdruck              | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja |                |
| Schilddrüsenerkrankung     | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | Seit: _____    |
| Diabetes mellitus (Zucker) | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | Seit: _____    |
| Blutungs-/Thromboseneigung | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | Seit: _____    |
| Infektionskrankheiten      | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | Seit: _____    |

Herz-Kreislauf-/Gefäßerkrankung  Nein  Ja

Welche, seit wann: \_\_\_\_\_

Leber- und Nierenerkrankung  Nein  Ja

Welche, seit wann: \_\_\_\_\_

Lungen- /Atemwegserkrankung  Nein  Ja

Welche, seit wann: \_\_\_\_\_

Nerven- und Augenleiden  Nein  Ja

Welche, seit wann: \_\_\_\_\_

Stoffwechselerkrankung  Nein  Ja

Welche, seit wann: \_\_\_\_\_

Krebserkrankung  Nein  Ja

Welche, seit wann: \_\_\_\_\_

Allergien  Nein  Ja

Welche, seit wann: \_\_\_\_\_

Hormonstörungen  Nein  Ja

Welche, seit wann: \_\_\_\_\_

Andere Krankheiten  Nein  Ja

Welche, seit wann: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Nein  Ja Wie viele pro Tag \_\_\_\_\_ seit wann: \_\_\_\_\_

Alkohol?  Nein  Ja Täglich  Ab und zu

Was? \_\_\_\_\_ Wie viel \_\_\_\_\_

### Familienvorgeschichte (Groß-/Eltern, Geschwister, Kinder)

|              |      |                          |    |                          |                   |      |                          |     |                          |
|--------------|------|--------------------------|----|--------------------------|-------------------|------|--------------------------|-----|--------------------------|
| Herzinfarkt  | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Gerinnungsstörung | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja  | <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Krebserkrankung   | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja* | <input type="checkbox"/> |

\*Welche? \_\_\_\_\_

Andere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Sind Verwandte von Ihnen an Krankheiten verstorben: Nein  Ja

### Beschreiben Sie bitte Ihre aktuellen Beschwerden (bzw. den Grund Ihrer Vorstellung bei uns)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Schmerzen

nein  wenig  mittel  ziemlich  sehr

Wie häufig leiden Sie unter Schmerzen

nie  selten  gelegentlich  oft  immer

Seit wann bestehen die Schmerzen: \_\_\_\_\_

Traten die Schmerzen plötzlich auf Ja  Nein

Treten die Schmerzen in bestimmten Situationen auf? Ja  Nein

Wenn ja, in welchem Zusammenhang und an welchen Orten:

\_\_\_\_\_

Wurden Ihre Schmerzen schon behandelt: Ja  Nein

Wenn ja, wann und wie?

---

Mit welchem Erfolg?

---

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**  Nein  Ja

| Medikament | Wie oft | Seit wann |
|------------|---------|-----------|
|            |         |           |
|            |         |           |
|            |         |           |
|            |         |           |

**Wurden Sie bereits schon einmal operiert?**

| Krankenhaus | Erkrankung | Wann |
|-------------|------------|------|
|             |            |      |
|             |            |      |
|             |            |      |
|             |            |      |

Sind Sie zur Zeit besonderen Belastungen ausgesetzt:  Nein  Ja

Wenn ja, wann?   
 im Beruf    
 Privat

Wie häufig haben Sie Stuhlgang

täglich  alle 2 Tage  alle 3 Tage  alle 4 Tage  seltener

Wie ruhig und erholsam ist Ihr Schlaf

gar nicht  wenig  mittelmäßig  ziemlich  sehr

Bitte nennen Sie uns mind. eine Person, die Auskunft berechtigt sein und im Notfall benachrichtigt werden soll:

Name, Vorname, Telefon: \_\_\_\_\_

Name, Vorname, Telefon: \_\_\_\_\_

Folgende Personen oder Institutionen dürfen auf keinen Fall Auskunft erhalten:

---

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift des Patienten