

Tumorzentrum Nordthüringen MVZ GmbH  
Rainer Alscher  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Grimmelallee 2b, 99734 Nordhausen  
Telefon: +49 3631 9979030  
Fax: +49 3631 9979039  
E-Mail: info@tumorzentrum-nordthueringen.de

Tumorzentrum  
Nordthüringen GmbH



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um die für Ihre Behandlung geeigneten Behandlungsverfahren und Medikamente auswählen zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen in BLOCKSCHRIFT. Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank!

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

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

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

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

Beruf/Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

Nein

Ja

Medikament                                      Wie oft?                                      Seit wann?

Medikament	Wie oft?	Seit wann?

**Notieren Sie bitte alle Krankenhausaufenthalte, Operationen, Kuren:**

Krankenhaus                                      Erkrankung                                      Wann?

Krankenhaus	Erkrankung	Wann?

**Bisherige Therapien:**

(z.B. Chemotherapie, antihormonelle Behandlung, Bestrahlung etc.)

Behandlung	behandelnde(r) Ärztin/Arzt	Seit wann?

**Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?**

**Zusätzliche Angaben**

Allergien	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
Erkrankungen des Blutes	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
Diabetes (Welcher Typ)	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
HIV	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
Metallische Implantate (Port, Schrittmacher etc.)	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
Andere Krankheiten	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	_____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Patient/in