

**Onkologische Schwerpunktpraxis Heidelberg**

Dr. med. Stefan Fuxius  
 Dr. med. Daniel Debatin  
 Dr. med. Roland Ehrenberg

Kurfürsten-Anlage 34-36  
 69115 Heidelberg  
 Telefon: 06221 - 714990  
 Telefax: 06221 – 7149916

FÄ für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie  
 Ambulante Tumortherapie und Palliativtherapie

**Erstaufnahme****Datum:** \_\_\_\_\_**Liebe Patientin, lieber Patient,**

zur Vorbereitung eines strukturierten Gespräches, bei dem wenig Zeit mit Routinefragen verloren gehen sollte, bitten wir Sie, die folgenden Angaben möglichst vollständig auszufüllen.

<b>Name:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Versicherung:</b> Bei Privat bitte <b>unbedingt</b> Angabe KVB / Post / o. Ä.:
<b>Vorname:</b>		

<b>Straße:</b>	<b>PLZ – Ort:</b>
<b>Tel. / Fax / Handy:</b>	<b>E-Mail:</b>

<b>Kontaktperson:</b>	<b>Tel. / Fax/ Handy:</b>
-----------------------	---------------------------

<b>Hausarzt</b> der einen Arztbrief erhalten soll	Name / Ort
Weitere <b>Behandler</b> ( <b>Fachärzte,</b> <b>Heilpraktiker</b> , die Briefe erhalten sollen)	Name / Ort

<b>Größe:</b>	<b>Gewicht:</b>	<b>Beruf: (auch ehemaligen)</b>	<b>Noxen (Rauchen, etc.):</b>
<b>Familienstand:</b>	<b>Zahl der Kinder:</b>	<b>Davon leben in der Nähe:</b>	<b>Allergien:</b>
<b>Pflegegrad:</b> 1 o 4 o 2 o 5 o 3 o	<b>Schwerbehinderten-</b> <b>ausweis:</b> Ja o Nein O		
<b>Wären Sie mit der Aufnahme eines Fotos von Ihnen für unsere Patientenakte einverstanden?</b>		Ja O Nein O	

<b>Sind Sie von der Zuzahlung zu Medikamenten befreit?</b> Sollten Sie befreit sein, bitten wir darum uns Ihre Befreiungskarte an der Anmeldung vorzulegen.	Ja O Nein O
--	-------------

<b>Medikament</b> z.B. Lasix	<b>Dosis</b> 40 mg 1-0-0 = morg.	<b>Einnahmemodus</b> (morg-mittags-abends)

**Bitte Berücksichtigen Sie die Rückseite ----->**


**Aktuelle und Begleiterkrankungen:**  
z. B. Bluthochdruck, Gallenblasenoperation, Chemotherapie, etc.

**Aktuelle Beschwerden und Fragen:**  
z. B. Schmerzen im Mittelbauch, Gewichtsverlust, Müdigkeit, etc....

<b>Vorsorge:</b> Koloskopie Gastroskopie Gynäkologie	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Wann etwa: Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Wann etwa: Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Wann etwa:
---	--

**Gibt es Tumorerkrankungen bei Verwandten? Falls ja, welche?:**

**Auf wessen Empfehlung kommen Sie in unsere Praxis bzw. wie wurden sie auf uns aufmerksam?**

**Zum Schluss noch Allgemeines**

Sollten wir bei Ihnen eine Tumorerkrankung feststellen müssen, sind wir durch das Landeskrebsregistergesetz vom 13. März 2006 verpflichtet, ihre Krebserkrankung an das Krebsregister Baden Württemberg zu melden. Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, haben Sie das Recht, der Meldung an das Register jederzeit schriftlich zu widersprechen. Weitere Informationen hierzu entnehmen Sie bitte der ausgelegten Information "Das Krebsregister Baden-Württemberg" bzw. unserem Aushang.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass wir Informationen über Ihre Diagnose, Ihren Krankheitsverlauf und evtl. auch über das Ergebnis genetischer Untersuchungen an **Hausarzt** und **mit Behandler** in Form von z.B. Arztbriefen **weitergeben** bzw. von diesen Informationen oder Befunde **einholen**.

**Wir bedanken uns herzlich für Ihre Unterstützung.**

Ihr Praxisteam

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift