

MVZ West GmbH Köln-Kalk
Buchforststraße 14
51103 Köln-Kalk
Tel.: +49 221 872 047, Fax: +49 221 872 049
E-Mail: info@onko-koeln.de



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
damit wir Sie ärztlich gut betreuen können, bitten wir Sie den nachfolgenden Patientenfragebogen auszufüllen.

Vielen Dank!

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Telefon/Mobil-Nr.: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____ Männlich Weiblich

Kinder: Nein Ja Kinderanzahl: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Beruf: _____ Früherer Beruf: _____

Hausarzt: _____

Angehörige oder Personen, die persönlich oder telefonisch Auskunft berechtigt sind:

Name, Vorname : _____

Telefonisch erreichbar: _____

Allergien/ Unverträglichkeiten:	Penicillin	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
	Kontrastmittel	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
	Andere	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja*

*Wenn ja, welche: _____

Bestehen Infektions- oder Schilddrüsenkrankheiten? Nein Ja*

*Wenn ja, welche: _____

Besteht eine Tumorerkrankung in der Familie? Nein Ja*

*Wenn ja, welche: _____

Rauchen Sie? Nein Ja Wie viele: _____ Seit wann: _____

Wenn nein, haben Sie früher geraucht? Nein Ja Wie viele: _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja Vom _____ bis zum _____ Lebensjahr

Täglich Ab und zu

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja

Haben Sie einen Medikamentenplan? Nein Ja

Medikament	Wie oft	Seit wann

Wurden Sie bereits schon einmal operiert? Nein Ja

Krankenhaus	Erkrankung	Wann

Bestehen andere Erkrankungen Nein Ja*

* Wenn ja, welche: _____

 Datum, Unterschrift Patient/in