

MVZ West Krefeld
Dießemer Bruch 79
47805 Krefeld
Telefon: +49 2151 780250, Fax: +49 2151 7802525
E-Mail: praxis@onkologie-krefeld.de

MVZ West GmbH
Krefeld



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in der Wartezeit auf Ihr Arztgespräch bei uns möchten wir Sie bitten, uns bei der Behandlung vorab zu unterstützen und den Anamnesebogen nach Ihrem Kenntnisstand auszufüllen. Sollten Sie Fragen dazu haben, wenden Sie sich gern an unsere Mitarbeiter oder stellen die Fragen in dem nachfolgenden Arztgespräch.

Vielen Dank!

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Telefon/Mobil-Nr.: _____

E-Mail: _____ Männlich Weiblich

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Beruf: _____

Besteht eine gesetzliche Betreuung? Nein Ja Name: _____

Nächster Angehöriger, der Auskunft berechtigt sein und im Notfall benachrichtigt werden soll:

Name, Vorname, Telefon: _____

Welche Krankheiten Sind bei Ihnen bekannt und werden behandelt?

Bluthochdruck Nein Ja Seit: _____

Koronare Herzerkrankung Nein Ja Seit: _____

Myokardinfarkt/OP/Stents Nein Ja Seit: _____

Diabetes mellitus (Zucker) Nein Ja Seit: _____

Struma (Schilddrüsenvergrößerung) Nein Ja Seit: _____

Nierenschwäche Nein Ja Seit: _____

Allergien Nein Ja

Welche: _____

Andere Krankheiten Nein Ja

Welche: _____

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

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja

Medikament	Wie oft	Seit wann

Datum, Unterschrift Patient*in