

← Patient:innen-Etikett hier	▲ positionieren!
	m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>
Name	Geschlecht
Vorname	Geburtsdatum
Straße / Nr.	
PLZ / Ort	
Allg. Geb.-Kl. <input type="checkbox"/>	Sonder Geb.-Kl. <input type="checkbox"/> Selbstzahler:in <input type="checkbox"/>
Klin. Hinweis bzw. Diagnose	

Vorstellungsdatum _____

Anamnese Onkologie

Sehr geehrte Patientin,

um einen möglichst reibungslosen Behandlungsablauf zu gewährleisten und alle Details zu beachten, bitten wir Sie, die folgenden Fragen bereits vor dem Gespräch mit den Ärzt:innen nach bestem Wissen zu beantworten. Damit geben Sie uns die Möglichkeit, die Ursachen der Beschwerden strukturiert abzuklären.

Vielen Dank!

Ihr Onkologie-Team der Gynäkologie Hall

Vorstellungsgrund

- Schmerzen Fieber Sonstige Beschwerden Welche? _____
 vor geplanter Therapie geplante Laborkontrolle Zuweisung von Fachärztin : vom Facharzt

Leiden Sie seit dem letzten Therapiezyklus an

- Übelkeit/ Erbrechen? Ja Nein
- Appetitlosigkeit/ Geschmacksstörung? Ja Nein
- Gewichtsveränderung? Ja Nein
- Durchfall? Ja Nein
- Verstopfung? Ja Nein
- Entzündung der Schleimhaut (Mukositis)/ Halsschmerzen/
kleine Bläschen (Aphten) im Mund? Ja Nein
- Gliederschmerzen? Ja Nein

Kleines Pat.-Etikett
hier positionieren

8. Kribbeln/ Taubheit in Händen/ Füßen? Ja Nein

Wenn ja, wo? _____

9. Hautveränderungen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

10. Haarausfall? Ja Nein

11. Schwellungen (Ödeme)? Ja Nein

12. Müdigkeit/ Schlafstörungen? Ja Nein

13. Schwindel/ Gedächtnisstörungen? Ja Nein

14. Atemnot? Ja Nein

15. Andere Beschwerden? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

16. Maßnahmen/ Begleitmedikation seit letzter Vorstellung?

17. Stimmung/ Psychisches Befinden?

18. Rauchen Sie? Ja Nein

Nachfolgende Angaben werden von der Ärztin : von dem Arzt ausgefüllt!

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Temp: _____ C°

RR: _____ mmHg Urin: _____