

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

um für das ärztliche Erstgespräch in der Strahlentherapie alle wichtigen Informationen zusammenstellen zu können, bitten wir Sie, vorab diesen Fragebogen auszufüllen. So können Sie dazu beitragen, dass Sie bestmöglich beraten und therapiert werden. Wir werden natürlich bei Bedarf im Gespräch ausführlich auf die einzelnen Punkte eingehen.

Außerdem bitten wir Sie um Ihre Einwilligung, ein Foto von Ihnen für unsere Akte anfertigen zu dürfen, damit wir Sie an den Bestrahlungsgeräten noch sicherer identifizieren können.

Vielen Dank!

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Größe (cm) / Gewicht (kg):
Telefonnummern:
Was haben Sie aktuell für <u>Beschwerden</u> , also z. B. Schmerzen, Luftnot o. ä. (bitte keine Diagnosen):
Begleit-/Vorerkrankungen:

<u>Medikamente:</u> welches Medikament?	gegen welche Erkrankung/Beschwerden?
Hatten Sie schon eine (andere) Tumorerkrankung?	
Sind Sie schon einmal bestrahlt worden? Wenn ja, wann und wo?	
Hatten Sie schon einmal eine Chemotherapie? Wenn ja, welche?	
Haben Sie Allergien?	
Bei Frauen: Ist eine Schwangerschaft ausgeschlossen?	
Haben Sie Metallimplantate: (künstliche Gelenke, Platten, Schrauben o. ä.)?	
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	
Haben Sie ein Hörgerät?	
Haben Sie Zahnersatz? Ist dieser herausnehmbar?	

Besteht eine chronische Infektionskrankheit: (Hepatitis, HIV, Tbc o. ä.)?
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?
Konsumieren Sie Alkohol? Wenn ja, wieviel?
Konsumieren Sie andere Drogen? Wenn ja, welche und wieviel?
Sind Sie berufstätig? Wenn ja, welche Tätigkeit üben Sie aus?
Sind Sie zu Hause bei Krankheit durch andere Haushaltsangehörige versorgt?
Ort, Datum, Unterschrift: