

Liebe Patienten,

Informationen über Ihre medizinische Vorgeschichte, die aktuellen Medikamente und Ihr Allgemeinbefinden in der letzten Zeit sind wichtig, um Ihre Anliegen zielgerichtet besprechen zu können. Bitte beantworten Sie die beiliegenden Fragen vorab.

Gesetzliche Vorgaben verpflichten uns, bei bösartigen Erkrankungen medizinische Daten an das Landeskrebsregister weiterzuleiten. Detaillierte Informationen gibt es auf <https://www.krebsregister-bw.de/patienten-interessierte/>. Auch wir halten Informationen für Sie auf Anfrage bereit.

IHR PRAXISTEAM

1. Persönliche Angaben	
Name	_____
Geburtsdatum	_____
Beruf	_____
Hausarzt	_____
Telefon	_____
Email (Nur, wenn sie auf diesem Wege kontaktiert werden möchten)	_____

2. Allgemeine Angaben	
Appetit:	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mässig <input type="checkbox"/> schlecht
Grösse/Gewicht:	_____ cm _____ kg
Gewicht:	<input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> Zunahme <input type="checkbox"/> Abnahme
Stuhlgang:	<input type="checkbox"/> normal. <input type="checkbox"/> auffällig
Wasserlassen:	<input type="checkbox"/> normal. <input type="checkbox"/> auffällig
Diät:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche? _____
Allergien:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche? _____
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wieviele _____ Zig./Tag ?
Alkoholkonsum:	Was ? _____ Wieviel _____ am Tag

- Bitte wenden -

