UNIVERSITÄTSmedizin. MAINZ

III. Med. Klinik
Hämatologie, Onkologie, Pneumologie

Name, Vorname

Geburtsdatum

Vorstellungsdatum ERSTVORSTELLUNG

Datum

GRUND DES ARZTBESUCHES

☐ Geplant ☐ Notfall

☐ Abklärung ☐ Beratung/ Zweitmeinung

Ich habe folgende BESCHWERDEN

oder

☐ unklarer Tumor ☐ Fieber/Infekt

☐ Thrombose ☐ Blutung

☐ Schmerz (bitte Rückseite ausfüllen) ☐ schlechter Allgemeinzustand

MESSWERTE

Blutdruck

Herzfrequenz

Temperatur

Messen Sie regelmäßig Ihren Blutdruck? Dann tragen Sie bitte bei normalen Besuchen den ungefähren Durchschnittswert in den letzten Wochen ein. Ist eine akute Blutdruckentgleisung Grund für die Vorsellung oder ist eine akute Krankheitssituation eingetreten, dann tragen Sie bitte den aktuellen Blutdruck und die aktuelle Temperatur ein.

Gewicht

Größe

ALLERGIEN

☐ _____

keine _____

FRÜHERE ERKRANKUNGEN / OPERATIONEN

Bezeichnung	Jahr

AKTUELLE MEDIKATION

Medikament	Einnahme	Pause

Bitte nutzen Sie ggf. die Rückseite, sollten Sie weitere Medikamente einnehmen

SONSTIGES

Schwitzen Sie stark? ☐ ja ☐ nein

Gewichtsverlust? ☐ ja ☐ nein wie viele kg_____

Stuhlgang? ☐ normal ☐ verstopft ☐ Durchfälle

Wasserlassen? ☐ normal ☐ schmerzhaft ☐ häufig

Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein ☐ früher

Päckchen pro Tag:_____ Wie lange_____Jahre

Ich habe folgende Fragen für meinen Arztbesuch

ausgefüllt am:_____ von:_____

FORTSETZUNG von Seite 1

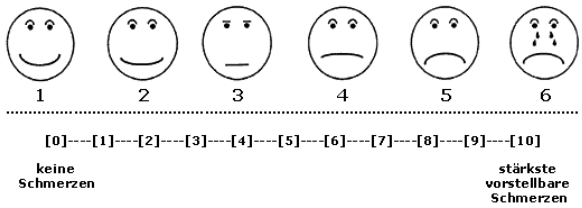
FRÜHERE ERKRANKUNGEN / OPERATIONEN

Bezeichnung	Jahr

AKTUELLE MEDIKATION

Medikament	Einnahme	Pause

SCHMERZEN



Bitte geben Sie hier die Stärke des aktuellen Schmerzes oder den stärksten chronischen Schmerz seit dem letzten Arztbesuch an