

## Checkliste für Ihren ersten Termin

### Bitte bringen Sie mit:

- Ihre Krankenversicherungskarte und ggf. einen Überweisungsschein

Alle Unterlagen, wie beispielsweise:

- aktuelle und ältere Blutbilder, aber auch spezielle Laboruntersuchungen
- frühere Arztbriefe (von Fachärzten und Krankenhausaufenthalten)
- bildgebende Befunde (CT/ MRT/ Szintigraphien) mit entsprechendem Arztbrief
- Befunde von Pathologen (wenn möglich Kopien der Originalbefunde)
- Medikamentenplan
- Ihren Therapiepass oder ein Therapie-Protokoll, wenn Sie eine Therapie erhalten haben sollten
- ggf. eine Begleitperson Ihres Vertrauens, vor allem beim Erstgespräch
- Tumorboards insofern vorhanden
- den angefügten Anamnesebogen

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ihr MVZ-Team



Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Christoph Salat  
 PD Dr. med. Dr. med. habil. Oliver J. Stoetzer  
 Dr. med. Nicola Lang  
 Dr. med. Katharina Schipek-Voigt  
 Dr. med. Katja Hoffmann-Tonn  
 Dr. med. Hella Band  
 Dr. med. Hannah Graf-Malena  
 Dr. med. Susanne Schreiber  
 Dr. med. Jochem Walther

Angestellte Fachärzt\*innen für Innere Medizin,  
 Hämatologie und Internistische Onkologie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um uns die Planung und eine optimale Betreuung zu erleichtern, möchten wir Sie um einige Informationen zu Ihnen und Ihrer Krankengeschichte bitten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Kontaktperson/Telefon im Notfall: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Kinder: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Tarif (bei Privatversicherten): \_\_\_\_\_

### **Schweigepflichtsentbindung nach DSGVO**

für die Weitergabe persönlicher Informationen **ausschließlich** an die von Ihnen angegebene Kontaktperson

Name der Kontaktperson: \_\_\_\_\_

**sowie Befundmitteilung ausschließlich an die auf Seite 2 angegebenen mitbetreuenden Ärzte bzw. den angegebenen Hausarzt.**

München, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

**Krankengeschichte:**

Aktuelle Erkrankung:

---

---

---

Vorerkrankungen (möglichst vollständig, einschl. Operationen:

---

---

---

Haben Sie Allergien? O nein

Wenn ja, welche

---

Nehmen Sie derzeit Medikamente? O nein

Wenn ja, welche

---

---

---

Letzte Menstruationsblutung: \_\_\_\_\_

Erkrankungen in der Familie: \_\_\_\_\_

Name und Adresse des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Ggf. Name und Adresse weiterer Ärzte / behandelndes Krankenhaus: \_\_\_\_\_

---

Vor Einleitung einer Infusionstherapie erkläre ich mich mit der Durchführung eines HIV-Tests sowie eines Hepatitis-Suchprogramms einverstanden.

Ja O Nein O

Datum, Unterschrift:

---