



Schwerpunktpraxis für
Hämatologie
und **Onkologie**

Dr. med. R. Hansen
Dr. med. M. Reeb
Dr. med. S. Pfitzner-Dempfle
Dr. med. I. Stehle

Schneiderstr. 12
67655 Kaiserslautern
Tel. (0631) 4148 470
Fax (0631) 4148 4737

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind heute zum ersten Mal in unserer Praxis.

Wir möchten Sie bitten, uns bei der Erfassung der persönlichen Daten, die nicht auf der
Versichertenkarte enthalten sind, und bei einigen medizinischen Angaben zu helfen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und geben ihn mit evtl. vorhandenen weiteren Unterlagen wieder
an der Anmeldung ab.

Ihr Name:....., geb. am:.....

Ihr Geburts- oder frühere Namen.....

Ihre Größe:.....cm, Ihr Gewicht:.....kg

Ihr Beruf:..... Dauer in Jahren:.....

Sind Sie berentet?..... zeitlich befristet?.....

Ihre Telefonnummer.....

Ein Angehöriger, dem wir ggf. Auskunft erteilen dürfen (Wenn sie dies nicht wünschen, bitte streichen)

..... Telefon.....

Ihr Hausarzt:.....

Mitbehandelnde Ärzte:.....

.....

Haben Sie Allergien? Welche?

Ihre Vorerkrankungen:

Sollte eine bösartige Erkrankung bei Ihnen festgestellt werden, müssen wir dies und den Verlauf dem klinischen
Krebsregister Rheinland-Pfalz melden. Hinweis (bei Widerspruch bitte streichen, Meldung erfolgt dann anonym)

Wir haben die neue Datenschutz-Grundverordnung zur Kenntnis genommen und halten diese ein. Haben sie
Fragen dazu, kann ein Kontakt zum Datenschutzbeauftragten der Praxis vermittelt werden