

Kurfürstendamm 65 · 10707 Berlin  
Telefon (030) 88 77 42 57-0  
Fax (030) 88 77 42 57-1

**Dr. med. Ingo Schwaner**  
**Dr. med. Ulrike Schneider**  
**PD Dr. med. Ingo Tamm**  
**Dr. med. Kristina Lerch**  
**Dr. med. Yasemin Dogan Akyildiz**  
Fachärzte für Innere Medizin  
Hämatologie und Internistische Onkologie

**Dagmar Rose**  
Fachärztin für Anästhesiologie-Palliativmedizin  
**Dr. med. Hella Linden**  
Fachärztin für Allgemeinmedizin-Palliativmedizin  
**Dr. med. Christine Sievert**  
Fachärztinnen für Anästhesie-Palliativmedizin  
**Dr. med. Katarina Eble**  
Fachärztin für Innere Medizin-Palliativmedizin  
**Benjamin Günther**  
Facharzt für Hämatologie, Onkologie-Palliativmedizin

## Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich,

.....  
Vorname, Name

.....  
geboren am

erkläre mich einverstanden, dass

mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden dürfen,

mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Hierzu zählen auch in der Zukunft hinzukommende Behandler, z.B. Tumorkonferenz, Konsultationen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit, ganz oder teilweise, für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen des Widerrufs aufgeklärt worden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

## Angaben zu Kontaktpersonen, bzw. Familienmitgliedern

Die Onkologische Schwerpunktpraxis Kurfürstendamm darf folgenden Personen bzw. Familienmitgliedern Auskunft über meine Erkrankung geben und sie gegebenenfalls kontaktieren:

1. **Name** .....

Anschrift .....

Telefon ..... E-Mail .....

2. **Name** .....

Anschrift .....

Telefon ..... E-Mail .....

3. **Name** .....

Anschrift .....

Telefon ..... E-Mail .....

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit, ganz oder teilweise, für die Zukunft widerrufen kann.  
Ich bin über die Folgen des Widerrufs aufgeklärt worden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

## Anamnesebogen

Vorname, Name .....

geboren am .....

Körpergröße ..... Gewicht .....

Telefon ..... Mobil .....

Fax ..... E-Mail .....

Adresse .....

Familienstand  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet  allein lebend

Kinder  ja  nein

Berufliche Tätigkeit .....

Kontaktperson für den Notfall (inkl. Telefonnummer) .....

Hausarzt (inkl. Adresse und Telefonnummer) .....

Vor- bzw. Begleiterkrankungen .....

Aktuelle Medikamente .....

**Bitte bringen Sie zu Ihrem nächsten Besuch Ihren MEDIKAMENTENPLAN mit!**

Schwerbehinderung  ja  nein Wenn ja, seit wann und wieviel Prozent .....

Merkzeichen .....

Pflegegrad  ja  nein Wenn ja, Grad  1  2  3  4  5

Hilfsmittel  ja  nein Wenn ja, welche? .....

Allergien  ja  nein Wenn ja, wogegen? .....

Nikotin  ja  nein Wenn ja, seit wann und wieviel? .....

Wenn ehemals, seit wann? .....

Alkohol  ja  nein Wenn ja, wieviel pro Tag? .....

Drogen  ja  nein Wenn ja, welche und seit wann? .....

.....

Gibt es in ihrer Familie Krebserkrankungen?

ja  nein

Wenn ja, welche? .....

.....

## COVID-19

Waren sie mit COVID-19 infiziert?

ja  nein

Wenn ja, wann? .....

Sind sie gegen COVID-19 geimpft?

ja  nein

Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff?

1. Impfung .....

3. Impfung .....

2. Impfung .....

4. Impfung .....