

Dr. med. Geetha Sreenivasa  
Fachärztin für Strahlentherapie

Priv.-Doz. Dr. med. Roland Jacob  
Facharzt für Radiologie und Strahlentherapie

Karl-Marx-Allee 90 A • 10243 Berlin  
Telefon: 030 / 224 880 04  
Telefax: 030 / 224 880 05  
E-Mail: [info@radio-strahlentherapie.de](mailto:info@radio-strahlentherapie.de)  
[www.radio-strahlentherapie.de](http://www.radio-strahlentherapie.de)

## PATIENTENFRAGEBOGEN VOR EINER RÖNTGEN-SCHMERZBESTRAHLUNG

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie diesen Bogen aufmerksam und vollständig aus und geben diesen bei unserem Anmeldeteam ab. Der Arzt/die Ärztin wird anhand Ihrer Angaben eine auf Ihre Schmerzsituation angepasste Therapie durchführen. Falls sie diesen Bogen bereits auf unserer Webseite gelesen haben, bringen Sie bitte diesen ausgefüllt mit.

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Land
Telefon (privat)	Telefon (mobil)	
E-Mail		
Zuweisender Arzt	Fachrichtung	

1	Wie lautet die Diagnose auf Ihrem Überweisungsschein vom Arzt?
2	Sind bei Ihnen andere Erkrankungen bekannt? Kreuzen Sie bitte die entsprechenden Kästchen an. <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> Diabetes ( <input type="checkbox"/> mit Insulintherapie) <input type="checkbox"/> Krebs <input type="checkbox"/> Herzerkrankung <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle <input type="checkbox"/> Gastritis/Refluxkrankheit <input type="checkbox"/> Gicht <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung Sonstige:

### Standort Bestrahlung

Karl-Marx-Allee 90A  
10243 Berlin  
Telefon 030 224 880 04  
Fax 030 224 880 05

### Standort Verwaltung

Goslarer Platz 7  
10589 Berlin  
Telefon 030 327 980 92 50  
Fax 030 327 980 97

3	Ihr erlernter Beruf: _____ Ihr ausgeübter Beruf: _____  Bisherige Operationen mit Monat/Jahr und Körperregion   Tragen Sie einen Herzschrittmacher? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
4	In welcher Körperregion haben Sie aktuell Schmerzen?	Seit wann haben Sie die Schmerzen?		
5	Wie ist die Schmerzqualität? <input type="checkbox"/> brennend <input type="checkbox"/> mit Taubheit <input type="checkbox"/> dumpf <input type="checkbox"/> stechend <input type="checkbox"/> in Ruhe <input type="checkbox"/> auch nächtlich <input type="checkbox"/> bei Überlastung  Wie ist die Schmerzstärke in Zahlen ausgedrückt: <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 kein                      mild                      mittel                      stark                      sehr stark                      stärkster vorstellbarer Schmerz			
6	Welche Schmerzmittel nehmen Sie aktuell ein?			
	Name des Medikaments	Stärke in Milligramm (mg)	morgens	mittags
			abends	
7	Welche weiteren Medikamente nehmen Sie ein?			
	Name des Medikaments	Stärke in Milligramm (mg)	morgens	mittags
			abends	

8	Wie sind die Schmerzen bisher behandelt worden?		
	<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Stoßwelle	<input type="checkbox"/> Spritzen ins Gelenk
	<input type="checkbox"/> Ultraschall	<input type="checkbox"/> Operationen	<input type="checkbox"/> Schmerzmittel
	<input type="checkbox"/> Cortison-Stoßtherapie	<input type="checkbox"/> Akupunktur	<input type="checkbox"/> Reizstrom
	<input type="checkbox"/> TENS-Therapie	<input type="checkbox"/> RSO (Radiosynoviorthese)	<input type="checkbox"/> Sonstige Therapie:
9	Haben Sie bereits eine Strahlenbehandlung erhalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
	Wenn ja, welche Region und wann?		
10	Wurde bei Ihnen eine Röntgen-, CT- oder MRT-Untersuchung durchgeführt? Wenn ja, bitte bringen Sie die Aufnahmen zum Arztgespräch mit.		
	Monat/Jahr	Körperregion	Art der Untersuchung
11	Größe (cm)	Gewicht (kg)	Bemerkungen (z. B. gewollte/ungewollte Gewichtsabnahme in den letzten 6 Monaten)
12	<p><b>Für Frauen</b>                  Liegt eine Schwangerschaft vor oder könnten Sie schwanger sein?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, eine Schwangerschaft liegt bei mir nicht vor und ist in den kommenden Monaten nicht zu erwarten</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, eine Schwangerschaft liegt bei mir vor oder könnte bei mir vorliegen</p> <p>Letzte Mammografie war im Jahre _____</p> <p><input type="checkbox"/> unauffällig            <input type="checkbox"/> auffällig            <input type="checkbox"/> bisher keine Untersuchung</p>		

**Hiermit versichere ich, dass ich die oben genannten Angaben wahrheitsgemäß beantwortet habe.**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_