

Hämatologisch-Onkologische Praxis Blankenese

Blankeneser Landstraße 51-53
22587 Hamburg
Telefon: +49 40 278891-40
Telefax: +49 40 278891-410
info@onkologie-blankenese.de

Dr.med. A. Bakhshandeh-Bath
Dr. med. R. Adjallé
Dr. med. C. Beeger
Jörg Puschmann
Dr. med. N. Schwankhaus-Bade



Anamnesebogen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer		Familienstand	
Handynr.			
Tel.Nr. Angehörige (wenn abweichend)		Kinder	
E-Mail		Beruf bzw. berentete Tätigkeit	
Krankenkasse		Befreiung von Rezeptzahlung?	

Hausarzt/-ärztin: Name _____

Anschrift _____

Zuweisende/r Arzt/Ärztin: _____

Der Grund Ihres Kommens: _____

Lebensgewohnheiten:

Zigaretten: ja _____ nein _____ tägl. Menge: _____

Alkohol: ja _____ nein _____ tägl. Menge: _____

Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg

Letzte Vorsorgeuntersuchung (mit Monat/Jahr): _____

Hämatologisch-Onkologische Praxis Blankenese

Name: _____ **Vorname:** _____

(Vor-) Erkrankungen:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Cholesterin zu hoch		Bluthochdruck	
Schilddrüsenerkrankung		Herzerkrankungen	
Durchblutungsstörungen		Lebererkrankungen	
Magenerkrankungen		Darmerkrankungen	
Nierenerkrankungen		Rheuma	
Asthma/chronische Bronchitis		Allergien	
Schlaganfall (Datum?)		Anfallsleiden	
Medikamentenunverträglichkeit		Stattgehabte Operationen:	
Sonstiges:			

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen bekannt:

Ja: _____ Nein: _____

Wenn ja, bei wem / welche Krebsart: _____

Nehmen Sie Dauermedikamente ein? Wenn ja, welche und wie?

Medikamentenname	morgens	mittags	abends	nachts

Vielen Dank für Ihre Angaben!