

## 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 Handynr.		Familienstand	
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):** \_\_\_\_\_

**Patientenverfügung vorhanden:** ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

## Hämatologisch-Onkologische Praxis Blankenese

---

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

**(Vor-) Erkrankungen:**

(Zutreffendes bitte ankreuzen und – wenn bekannt- die detaillierte Diagnose angeben)

Cholesterin zu hoch		Bluthochdruck	
Zuckerkrankheit (Diabetes)		Herzerkrankungen	
Schilddrüsenerkrankung		Lebererkrankungen	
Durchblutungsstörungen		Darmerkrankungen	
Magenerkrankungen		Rheuma	
Nierenerkrankungen		Schlaganfall (Datum?)	
Asthma/chronische Bronchitis		Anfallsleiden	
(Medikamenten-) Allergien:		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!