

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:	Stattdgehabte 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!