

# Anamnesebogen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl/Wohnort: \_\_\_\_\_  
Gewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_  
Tel. (Privat): \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Aktuelle Beschwerden/Symptome:  
\_\_\_\_\_

Bisherige Operationen, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):  
\_\_\_\_\_

Wurden Sie aktuell/früher schon einmal mit Bestrahlung oder Chemotherapie behandelt? Wenn ja, wann: \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien? **ja / nein**  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

	<b>Ja/Nein</b>		<b>Ja/Nein</b>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Asthma/COPD	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hepatitis / HIV	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Thrombose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Leberkrankungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sonstiges:	_____		

Traten in Ihrer Verwandtschaft folgenden Erkrankungen auf? **Bitte unterstreichen**

Bluthochdruck    Thrombose    Herzinfarkt    Schlaganfall  
Krebserkrankungen    Diabetes    Allergien    Asthma / COPD

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? Wenn ja welche?  
\_\_\_\_\_

Rauchen Sie? **ja / nein**    Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?\_\_

Ort, Datum  
\_\_\_\_\_

Unterschrift  
\_\_\_\_\_



## Hämatologisch-Onkologische Schwerpunktpraxis

Dr. med. Rudolf Schlag  
Dr. med. Björn Schöttker  
Dr. med. Joachim Haas\*  
Dr. med. Dominik Pretscher

Fachärzte für Innere Medizin  
Hämatologie und  
internistische Onkologie  
Palliativmedizin\*

### Würzburg

Schweinfurter Str. 7  
97080 Würzburg  
Tel.: 0931 322 67-0  
Fax: 0931 322 67-22

### Kitzingen

Keltenstr. 67  
97318 Kitzingen  
Tel.: 09321 92 999-55  
Fax: 09321 92 999-56

info@onkopraxis-wuerzburg.de  
www.onkopraxis-wuerzburg.de