



## Anamnesebogen

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Diagnose oder Verdacht auf \_\_\_\_\_

Befunde angefordert bei \_\_\_\_\_

Mitarbeiter \_\_\_\_\_ vergebener Termin \_\_\_\_\_

## Angaben des Patienten

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_ Raucher ja  nein

Gerinnungsstörung: ja  nein

Bitte tragen Sie hier in chronologischer Auflistung Ihre Vorerkrankungen ein:

Monat/Jahr

Erkrankung

Monat/Jahr	Erkrankung

Gab es in Ihrer Familie Tumorerkrankungen?

\_\_\_\_\_

Eigene Tumorerkrankungen:

\_\_\_\_\_

Aus welchem Grund stellen Sie sich bei uns vor?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

\_\_\_\_\_

Medikamente (bitte eintragen)

Medikament/Wirkstoff	Morgens	Mittags	Abends