



Hämatologisch-Onkologische Schwerpunktpraxis

Dr. med. Rudolf Schlag
Dr. med. Björn Schöttker

Fachärzte für Innere Medizin,
Hämatologie und
internistische Onkologie

Würzburg

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

Kitzingen

Friedenstraße 7
97318 Kitzingen
Tel. 0931-322 67 0
Fax 0931-322 67 22

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

Anamnesebogen

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße/Hausnummer _____

Postleitzahl Wohnort _____

Tel. (Privat) _____ Handy _____

Aktuelle Beschwerden oder 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 oder Infektionen?

	Ja	Nein		Ja	Nein
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