



## Anamnesebogen Onkologie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen sie diesen Anamnesebogen sorgfältig vor Ihrem ersten Gespräch mit der Ärztin in unserer Praxis aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen.

Sollten Sie beim Ausfüllen Hilfe benötigen, wenden Sie sich bitte an unser Praxisteam.

### Allgemeine Angaben:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ tätig bei: \_\_\_\_\_

### Nur für Privatpatienten:

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Basistarif:  Standardtarif:

Schwerbehinderung (Grad/Merkmale/vorhandene Hilfsmittel): \_\_\_\_\_

Zuzahlungsbefreiung: ja  nein

Pflegestufe: \_\_\_\_\_ Pflegedienst (Name/Ort): \_\_\_\_\_

Sie leben allein  mit (Ehe)partner/in  mit erwachsenen Kindern  sonstiges

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Folgende Person(en) darf/dürfen jederzeit über Ihre Befunde informiert werden und ist/sind im Notfall zu benachrichtigen. Es liegt eine Betreuungs- und Vorsorgevollmacht vor (ja/nein):

Name:	Telefon:	Vollmacht vorhanden:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### Bisherige Erkrankungen und Beschwerden:

Welche Erkrankungen und Beschwerden traten bei Ihnen auf oder sind aktuell vorhanden?  
Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. genauer erläutern.

- Thrombose       Hepatitis (Gelbsucht)       Bluthochdruck       Grauer Star       Grüner Star  
 Schwerhörigkeit       Diabetes mellitus       Gerinnungshemmungen  
 Hormonstörungen (Hormontherapie 3-Monats-Depot-Injektion)

- Herz-/Kreislaferkrankungen      Welche? \_\_\_\_\_
- Nierenerkrankungen (Dialyse)      Welche? \_\_\_\_\_
- Lungen-/Atemwegserkrankungen      Welche? \_\_\_\_\_
- Allergien      Welche? \_\_\_\_\_
- Schilddrüsenerkrankungen      Welche? \_\_\_\_\_
- Gelenkerkrankungen/Rheuma      Welche? \_\_\_\_\_
- andere Erkrankungen      Welche? \_\_\_\_\_

Operationen:	Krankenhaus:	Jahr:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Für durchzuführende radiologische Untersuchungen bitten wir um folgende Angaben (ja/nein, ggf. Erläuterungen):**

- Kontrastmittelallergie      \_\_\_\_\_
- Metall im Körper  
(künstl. Gelenke, Prothesen,  
Zahnersatz, Piercing u. ä.)      \_\_\_\_\_
- Herzschrittmacher      \_\_\_\_\_
- Platzangst      \_\_\_\_\_
- Schwangerschaft      \_\_\_\_\_

**Medikamente:**

Bitte teilen Sie uns mit, Medikamente (genaue Bezeichnung) Sie regelmäßig oder gelegentlich einnehmen und übergeben Sie uns ggf. Ihren Einnahmeplan.

ASS (regelmäßig)    ja     nein       Falithrom (regelmäßig)    ja     nein

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Einverständniserklärung**

Ich bin bei folgenden Ärzten in Mitbehandlung und damit einverstanden, dass Untersuchungsunterlagen, die für die Behandlung in der Onkologischen Praxis Dr. med. Constanze Kliem erforderlich sind, bei diesen Ärzten angefordert werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die genannten Ärzte einen Arztbrief mit Befunden über die Behandlung in der Onkologischen Praxis Dr. med. Constanze Kliem erhalten.

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit zurückziehen.

**Name/Praxis/Krankenhaus:**

---

---

---

---

Ich bin damit Einverstanden, dass meine Daten an das Thüringer Krebsregister gemeldet werden. Der Umfang der gemeldeten Daten ist bundesweit einheitlich festgelegt. Die Meldung ist gesetzlich verpflichtend. Ein Informationsblatt für Patientinnen und Patienten kann in der Praxis erhalten werden.

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

Unterschrift Patientin/Patient

Wir bitten Sie, unser Praxisteam unverzüglich zu informieren, wenn sich Veränderungen oben gemachter Angaben ergeben haben.