Prof. Dr. Holger Nückel
Dr. Johannes Matschke

Gemeinschaftspraxis für Hämatologie, Onkologie
Hämostaseologie und Palliativmedizin

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
um Ihnen bestmöglich und ganzheitlich in allen Gesundheitsfragen helfen zu können, bitten wir um einige Informationen über Ihre persönliche Krankheits- und Familiengeschichte. Alle Angaben erfassen wir in diesem Anamnesebogen, der wichtige erste Informationen abfragt.

Patientenanamnese (Selbstauskunft) I

Name / Vorname		Geb.-datum
Familienstand	Kinder ☐ ja ☐ nein	Wenn ja, Anzahl
Beruf	berufl. Kontakt zu Giftstoffen: ☐ nein ☐ ja, zu folgenden Stoffen:	
Größe: m Gewicht: kg	Hausarzt	Überweisender Arzt
Ihre Telefonnummer		mobil
Ihre E-Mail-Adresse		
Name und Telefonnummer Angehörige		
Haben Sie eine Pflegestufe? ☐ nein ☐ ja, Stufe _____ seit _____		Sind Sie Privat- /Zusatzversichert? ☐ nein ☐ ja, bei...

Familiäre Vorerkrankungen

Vater:	Mutter:
Geschwister:	weitere genetisch Verwandte:

Vorerkrankungen	ja	nein		ja	nein
Bluthochdruck	☐	☐	Blutzuckererkrankung	☐	☐
(wenn ja, welcher Wert)		/	Wenn ja, nehmen Sie Metformin ein?	☐	☐
Herzkrankheit	☐	☐	Blut / Tumorerkrankung wenn ja, welche:	☐	☐
Fettstoffwechselstörung	☐	☐			
Nierenerkrankung	☐	☐			
Leberentzündung	☐	☐	HIV-Infektion	☐	☐
Asthma	☐	☐	Anfallsleiden	☐	☐
Tuberkulose	☐	☐	Psychische Erkrankung	☐	☐
Magenerkrankung	☐	☐	Gelenk-Rheuma	☐	☐
Hautkrankheit	☐	☐	Gicht	☐	☐

Allergien	ja	nein	
Penicillin	☐	☐	weitere Allergien? ☐ nein ☐ ja, folgende...

☐ Allergiepass vorhanden

Streng Vertraulich!

Patientenanamnese (Selbstauskunft) II

Vegetative Anamnese

Durst	☐ normal ☐ vermehrt ☐ vermindert
Appetit	☐ normal ☐ vermehrt ☐ vermindert
Stuhl	☐ normal ☐ vermehrt ☐ Verstopfung ☐ Durchfall
	Wenn Durchfall ☐ mit Blut ☐ mit Schleim Wie oft am Tag:
Wasserlassen	☐ normal ☐ vermehrt ☐ „mit Brennen“ ☐ Nachts öfter als 1 – 2 mal , wie oft: ____
Gewicht	☐ konstant letztlich ☐ Zunahme ☐ Abnahme _____ kg in _____Monaten
Nachtschweiß	☐ nein ☐ ja mit nächtlichem Wäschewechsel? ☐ ja ☐ nein
Hatten Sie in letzter Zeit scheinbar grundlos Fieber	☐ nie ☐ selten ☐ häufig
Sehhilfe	☐ ja ☐ nein
Tabakkonsum ☐ nein	☐ Zigaretten ☐ Zigarren / Zigarillo / Pfeifen ☐ E-Zigaretten / Verdampfer Einheiten / Tag: _____ seit: _____ Jahren
Haben Sie früher einmal geraucht?	Einheiten / Tag: _____ von _____ bis _____ (Jahr)
Alkoholkonsum ☐ nein	☐ Wein / Bier ☐ Spirituosen ☐ Andere Liter / Tag: _____ seit: _____ Jahren
Drogenkonsum	☐ nein ☐ ja, und zwar..
	☐ ja

Schwangerschaften	☐ nein	☐ ja Anzahl Schwangerschaften:	Geburten:
Verhütung / Pille?	☐ nein	☐ ja, folgende	seit Jahren
Monatsblutung	☐ nein	☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig	☐ unproblematisch ☐ problematisch

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, benötigen wir Ihren aktuellen Medikamentenplan.

Beschreiben Sie Ihre aktuelles Befinden, Symptome und Beschwerden die sie zu uns führten.

Bitte überprüfen Sie nochmals alle Angaben sorgfältig, um sicherzustellen, dass sie korrekt sind!

Ort, Datum

Unterschrift Patient (oder gesetzlicher Vertreter)

Streng Vertraulich!