

# Zentrum für Hämatologie & Onkologie Eisenach MVZ GmbH

## Fachärzte für Innere Medizin/Hämatologie/Onkologie

Georgenstraße 18-20/ 99817 Eisenach/ Tel: 03691/746404 Fax: 03691/746405/info@blumenstengel-praxis.de



**Liebe Patientin, lieber Patient,**

gerne beraten wir Sie in allen Gesundheitsfragen.

Da wir auch immer die körperlichen und seelischen Aspekte, sowie das Lebensumfeld des Patienten berücksichtigen, bitten wir Sie: Nehmen Sie sich Zeit, die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Eine möglichst vollständige Ausfüllung ist sehr hilfreich für den Behandlungsablauf. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich sein, lassen Sie diese zunächst offen und fragen Sie unsere Mitarbeiter.

Den ausgefüllten und unterschriebenen Bogen händigen Sie bitte unserem Personal vor dem ersten Arztgespräch aus.

Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben!

### **Anamnesebogen:**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

**Mobil:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg **Größe:** \_\_\_\_\_ cm

### **Berufs- und Lebenssituation:**

Sie sind ☐ Schüler/ Student ☐ Hausfrau ☐ Rentner ☐ berufstätig als: \_\_\_\_\_

Gibt es besondere Belastungen im täglichen (Berufs-) Leben? ☐ Nein ☐ Ja: \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? ☐ Nein ☐ Ja, mit \_\_\_\_\_ Prozent

Sie sind ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden/ getrennt lebend ☐ verwitwet

Haben Sie Kinder? ☐ Nein ☐ Ja, wie viele? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja, \_\_\_\_\_ Zigaretten am Tag

Trinken Sie Alkohol? ☐ Nein ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig

Haben Sie Allergien ☐ Nein ☐ Ja, folgende: \_\_\_\_\_

**Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie (Blutsverwandt) bekannt?**

Herzkrankheit/ Herzinfarkt? ☐ Ja bei wem? \_\_\_\_\_

Bluthochdruck? ☐ Ja bei wem? \_\_\_\_\_

Blutzuckerkrankheit? ☐ Ja bei wem? \_\_\_\_\_

Schlaganfall? ☐ Ja bei wem? \_\_\_\_\_

Krebs? ☐ Ja bei wem? \_\_\_\_\_

**Welche Erkrankungen sind bei Ihnen selbst bekannt?**

Keine ☐ Ja Schlaganfall ☐ Ja

Diabetes ☐ Ja Magenerkrankungen ☐ Ja

Schwindelanfälle ☐ Ja Gicht ☐ Ja

Bluthochdruck ☐ Ja Nierenerkrankung ☐ Ja

Herzinfarkt ☐ Ja Rheuma ☐ Ja

Cholesterin erhöht ☐ Ja Darmerkrankungen ☐ Ja

Asthma ☐ Ja chronische Bronchitis ☐ Ja

Lebererkrankung ☐ Ja Anfallsleiden ☐ Ja

Tuberkulose ☐ Ja psychische Erkrankung ☐ Ja

Hautkrankheiten ☐ Ja Schilddrüsenerkrankung ☐ Ja

Krebs ☐ Ja, folgende Art: \_\_\_\_\_

**In welcher fachärztlichen Behandlung befinden Sie sich regelmäßig?**

Lungenarzt ☐ Kardiologe ☐ Orthopäde ☐ Neurologe ☐

Urologe ☐ Sonstige: \_\_\_\_\_

### **Welche Operationen hatten Sie?**

|             |                          |             |                          |         |                          |
|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|---------|--------------------------|
| Keine       | <input type="checkbox"/> | Gallenblase | <input type="checkbox"/> | Bruch   | <input type="checkbox"/> |
| Herz        | <input type="checkbox"/> | Brust       | <input type="checkbox"/> | Mandeln | <input type="checkbox"/> |
| Gefäß       | <input type="checkbox"/> | Gebärmutter | <input type="checkbox"/> | Krebs   | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüse | <input type="checkbox"/> | Blinddarm   | <input type="checkbox"/> |         |                          |

Sonstige Operationen: \_\_\_\_\_

### **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

Nein ☐

Ja ☐, folgende: \_\_\_\_\_

### **Aktuelle Beschwerden:**

|                        |                                          |                                                  |                                   |
|------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Appetit                | <input type="checkbox"/> vermehrt        | <input type="checkbox"/> vermindert              | <input type="checkbox"/> normal   |
| Stuhlgang              | <input type="checkbox"/> Durchfall       | <input type="checkbox"/> Verstopfung             | <input type="checkbox"/> normal   |
| Wasserlassen           | <input type="checkbox"/> mit Brennen     | <input type="checkbox"/> nachts öfter            | <input type="checkbox"/> normal   |
| Nachtschweiß           | <input type="checkbox"/> vermehrt        |                                                  | <input type="checkbox"/> normal   |
| Gewicht                | <input type="checkbox"/> Zunahme ____ kg | <input type="checkbox"/> Abnahme ____ kg         | <input type="checkbox"/> konstant |
| Ich schwitze übermäßig | <input type="checkbox"/> Ja              | <input type="checkbox"/> Nein                    |                                   |
| Ich habe Luftnot       | <input type="checkbox"/> im Liegen       | <input type="checkbox"/> bei Bewegung/ Belastung |                                   |

**WICHTIG: folgende Angehörige dürfen Auskunft über med. relevante Befunde erhalten.  
Bitte geben Sie Namen und Telefonnummer an.**

☐ \_\_\_\_\_

☐ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
-Unterschrift des Patienten-

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**  
**Ihr Praxisteam**

**Zentrum für Hämatologie & Onkologie Eisenach MVZ GmbH**  
**Fachärzte für Innere Medizin/Hämatologie/Onkologie**

Georgenstraße 18-20/ 99817 Eisenach/ Tel: 03691/746404 Fax: 03691/746405/info@blumenstengel-praxis.de



Eisenach, den

**Anforderung eines ärztlichen Befundes**

**Betrifft:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Patienten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

**Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,**

Oben genannter Patient befindet sich in unserer ambulanten Behandlung.  
Wir bitten Sie daher um Zusendung folgender Unterlagen:



**Einverständnis des Patienten:** \_\_\_\_\_  
Unterschrift

Wir danken Ihnen für die gute Zusammenarbeit und verbleiben,

**mit freundlichen, kollegialen Grüßen**

Dr. med. Klaus Blumenstengel

Dr. med. Kerstin Blumenstengel