ONKOLOGISCHE PRAXIS

DR. MED. BENEDIKT WAGNER

DR. MED. LINDA WAGNER

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben. Damit wir Ihnen die bestmögliche Versorgung bieten können, würden wir Sie bitten, dieses Formular nach Möglichkeit vollständig auszufüllen. Alle Angaben sind selbstverständlich freiwillig und unterliegen dem Datenschutz. Gerne können Sie offene Fragen und weitere Angaben auch im Gespräch mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin besprechen.

Ihr Praxisteam

Name: *Meyer-Smith*

Geburtsname: *Meyer*

Vorname: *Julia*

Geburtsdatum: *01.08.1981*

Straße/Hausnummer: *Planstraße 105*

PLZ/Ort: *48143 Münster*

Telefonnummer: *12345/678910*

E-Mail-Adresse: *julia.meyer-smith@E-Mail-Adresse.de*

Krankenversicherung: *Die Krankenkasse (DK)*

Hausärztin/Hausarzt: *Dr. med. Petra Brandt*

Körpergröße (in cm): *165 cm*

Gewicht (in kg): *62 kg*

Berufliche Tätigkeit: *Lehrerin*

Wohnsituation: *mit Ehepartner*

Vorerkrankungen/Krankenhausaufenthalte/Operationen

Tragen Sie hier bitte Ihre Vorerkrankungen, Krankenhausaufenthalte oder durchgeführte Operationen ein.

Krankheit	Zeitpunkt (Monat/Jahr)
Blinddarm-Operation	*Februar 2007*
Brustkrebs-Diagnose	*Juni 2021*

Allergien/Unverträglichkeiten

Haben Sie eine Allergie oder Unverträglichkeit?

Nein [X] Ja [ ]

Wenn ja, welche?

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie?

Medikament	Dosis

Datum: *12.07.2021* Unterschrift: J. Meyer Smith

Hinweis: Eine ausführliche Anamnese Ihrer Symptome erfolgt im Rahmen Ihres ersten Beratungsgespräches mit Ihrem behandelnden Arzt bzw. Ihrer behandelnden Ärztin.

Lizenziert unter CC BY-SA 4.0.