

<b>Patientenetikett</b>

02000001 Anamnese

Seite 1/3

**Leitung / Direktor**

Prof. Dr. med. Lars French

**Ambulanz****Dermato-Onkologie**

Tel. +49 89 4400 56325

Fax +49 89 4400 56322

www.lmu-klinikum.de

**Anamnesebogen Dermato-Onkologie**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient. Wir möchten Sie bitten die folgenden Fragen vor dem Besuch in der Dermato-Onkologie zu beantworten. Falls Sie einige Fragen nicht beantworten können oder möchten, sprechen Sie dies bitte während des Arztgespräches an.

Datum:

1. Größe:..... Gewicht:.....

2. Ihr Familienstand: .....

3. Haben Sie Kinder:  Ja  Nein

Falls JA, wie viele:.....

4. Haben Sie einen rechtlichen Betreuer?

 Ja  Nein

Falls JA: Name .....

Telefonnummer.....

Bitte legen Sie eine Kopie der Betreuungsvollmacht diesem Formular bei und zeigen Sie das Original dem Arzt.

5. Ihr Beruf (bei Rentner/-in, frühere Tätigkeiten):

.....

6. Rauchen Sie?  Ja  Nein

Wenn JA, wie viele Zigaretten pro Tag und wie viele Jahre lang rauchen Sie?.....

7. Wann ist Ihnen die Hautveränderung das erste Mal aufgefallen? .....

8. Wurde schon eine Probeentnahme (Hautbiopsie) bezüglich der aktuellen Krankheit durchgeführt, oder wurde sogar die Hautveränderung entfernt?

 Ja  Nein

Falls JA, legen Sie bitte den Befund der feingeweblichen (histologischen) Untersuchung diesem Blatt bei.

9. Haben Sie frühere Arztbriefe dabei?

 Ja  Nein

Falls JA, bitte legen Sie die Briefe/Befunde für das Arztgespräch vor.

10. Haben Sie bekannte Allergien oder Unverträglichkeiten?  
(Vor allem: gegen Schmerzmittel, gegen Antibiotika, gegen Lokalanästhetika,  
Pflaster oder Latex?)

Ja  Nein

Falls JA, welche:

.....  
.....

11. Haben Sie Herzkrankheiten, oder Gefäßerkrankungen (z. B. hoher Blutdruck,  
Rhythmusstörungen, Herzinfarkt, Stent, oder Hirnblutung)?

Ja  Nein

Falls JA, welche:

.....  
.....

12. Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator?

Ja  Nein

Falls JA, was:.....

13. Sind bei Ihnen Lungenkrankheiten bekannt (z. B. Asthma, COPD)?

Ja  Nein

Falls JA, welche:

.....  
.....

14. Leiden Sie an Gastrointestinalen Beschwerden (z. B. Verstopfung,  
Erkrankungen von Magen, Darm, Leber, Galle oder Reflux)?

Ja  Nein

Falls JA, welche:

.....  
.....

15. Haben Sie Probleme mit dem Bewegungsapparat (Knochen, Gelenke)?

Ja  Nein

Falls JA, welche:

.....  
.....

16. Haben Sie neurologische Probleme (z. B. Polyneuropathie, Hörstörung,  
Sehstörung oder Schwindelgefühle)?

Ja  Nein

Falls JA, welche:

.....  
.....

17. Haben Sie endokrinologische Probleme (z. B. Diabetes,  
Schilddrüsenprobleme)?

Ja  Nein

Falls JA, welche:

.....  
.....

