

Onkologischer Anamnesebogen

bei Krebserkrankung bitte **ZUSÄTZLICH** zum allgemeinen Anamnesebogen vorher einsenden oder faxen. Wir bitten um ihr Verständnis, daß sich einige Fragen mit denen, des allgemeinen Anamnesebogens überschneiden. Dies dient der besseren Übersichtlichkeit

Hinweis: Sie können diese PDF Datei direkt am PC / Tablet / Smartphone ausfüllen.

*Die Bearbeitung in Browsern (z.B. Microsoft Edge) kann allerdings fehlerhaft sein, **verwenden Sie daher***

bitte gängige PDF Viewer wie [Adobe Reader](#) oder den [PDF X Change Viewer](#).

Gerne können Sie den Anamnesebogen auch ausdrucken und per Hand ausfüllen.

Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Titel

Vorname

Name

PLZ

Ort

Geburtstag

1 Diagnose

Diagnose/Krebsart:

Datum der Diagnose:

Tumorformel/Stadium bei Erstdiagnose :

Tumorformel/Stadium jetzt:

2 Lokalisation des Primärtumors

Seitenlokalisation:

rechts

beidseitig

multifokal

links Mittellinie unbekannt

Metastasen vorhanden: Nein Ja, Lokalisation:

- In-situ (nichtinvasiv, intraepithelial)
- Lokalisiert (begrenzt auf das Ursprungsorgan)
- Regional (Metastasierung in regionäre Lymphknoten und/oder direkte kontinuierliche Ausbreitung auf Nachbarschaft)
- Fernmetastasen (einschl. Metastasen in nicht-regionäre Lymphknoten)
- Systemerkrankung (einschl. maligne Lymphome)
- Unbekannt

3 Symptome

Bitte beschreiben Sie Ihre Symptome (Schmerzen, Knoten etc.):

4 Vorgeschichte und andere Erkrankungen

Vorausgegangene Tumorerkrankung?

Nein Ja, welche?

Familiäre Vorbelastung?

Nein

Ja, Eltern:

Ja, Geschwister:

Ja,

(z.B. Großeltern, Cousin/Cousine)

Bekannte Genmutation

Andere chronische Erkrankungen (Herz, Kreislauf, Lunge, Leber, Nieren, Darm, Nerven, Stoffwechsel, Knochen, Gelenke) und/oder Operationen (auch Gelenkersatz, Herzschrittmacher, Implantate, etc.) ?

Nein Ja, welche?

Sind bei Ihnen virenbedingte Erkrankungen und/oder chronische Infekte bekannt?

Nein Ja, welche?

5 Zähne/Kiefer

Wurzelbehandelte Zähne

Nein Ja, Zähne.

Tote Zähne:

Nein Ja, Zähne.

Chronische Entzündungen im Mundbereich: Nein Ja

6 Laborbefunde:

CEA:

Nein Ja

Datum:

Wert:

CA 15-3:

Nein Ja

Datum: Wert:

CA 125:

Nein Ja

Datum: Wert:

CA 19-9:

Nein Ja

Datum: Wert:

CA 72-4:

Nein Ja

Datum: Wert:

CYFRA 21-1:

Nein Ja

Datum: Wert:

PSA:

Nein Ja

Datum: Wert:

TPA:

Nein Ja

Datum: Wert:

Andere Tumormarker:

Nein Ja, Datum: Wert:

Wurde ein TKTL-I- Test gemacht?

Nein Ja Datum: Wert:

Wurden folgende Laborwerte bestimmt ?

Selen:

Nein Ja Datum: Wert:

Vitamin D3:

Nein Ja

Datum: Wert:

Schilddrüsenhormone:

Nein Ja

Datum: Wert:

Jodbelastungstest:

Nein Ja

Datum: Wert:

Östrogenmetabolite:

Nein Ja

Datum: Wert:

Laktat:

Nein Ja

Datum: Wert:

7 Weiteres:

Port: Nein Ja Seit:

Anus Praeter/Stoma: Nein Ja Seit:

Dauerhafte Urinableitung:
(DK/Nierenfistel) Nein Ja Seit:

Parenterale Ernährung: Nein Ja Seit:

8 Onkologische Therapien:

Bitte tragen Sie hier - soweit bekannt – Operationen, Chemotherapien (Wirkstoff und Anzahl der Behandlungszyklen), Bestrahlungen, sowie bereits erfolgte biologische Therapien in die entsprechenden Felder ein.

Am Ende diese Abschnitts stehen weitere freie Felder zur Verfügung.

Operationen:

Datum:

Dr. med. Ralf Heinrich
Dr.med. Parick Assheuer
Dr. med. Christian Becker
Prof. Dr. Pascal Dohmen

Dr. med. Uwe Günther
Dr. med. Ralf Hilbert
Krimhild Korndörfer-Luft
Dipl. med. Erika Schadwell



Chemotherapien:

Behandlungszeitraum:

Strahlentherapien:

Behandlungszeitraum:

Medikamentöse Therapien:

Behandlungszeitraum:

Biologische Therapien:

Behandlungszeitraum:

Weitere Behandlungen

Dr. med. Ralf Heinrich
Dr.med. Parick Assheuer
Dr. med. Christian Becker
Prof. Dr. Pascal Dohmen

Dr. med. Uwe Günther
Dr. med. Ralf Hilbert
Krimhild Korndörfer-Luft
Dipl. med. Erika Schadwell



Art der Behandlung:

Behandlungszeitraum:

Art der Behandlung:

Behandlungszeitraum:

Art der Behandlung:

Behandlungszeitraum:

Art der Behandlung:

Behandlungszeitraum:

Art der Behandlung:

Behandlungszeitraum:

Leiden oder litten Sie unter Nebenwirkungen dieser Therapien?

9 Aktuelle Medikation und Nahrungsergänzungsmittel

Bitte geben Sie hier Ihre derzeitigen Arznei- und Ergänzungsmittel ein

Präparat	Dosierung (mg, ml)	Einnahme (z.B: 0-0-2)	Seit, ggf. bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dr. med. Ralf Heinrich
Dr.med. Parick Assheuer
Dr. med. Christian Becker
Prof. Dr. Pascal Dohmen

Dr. med. Uwe Günther
Dr. med. Ralf Hilbert
Krimhild Korndörfer-Luft
Dipl. med. Erika Schadwell



10 Psychoonkologische Beratung

Analog zu den Leitlinien der deutschen Krebsgesellschaft bieten wir Ihnen **Psychoonkologische Beratung** an. Woran sind Sie besonders interessiert?

- Stärkung der Selbsthilfe Möglichkeiten
- Unterstützung in der Diagnoseverarbeitung
- Verbesserung der Kommunikation mit nahestehenden Menschen
- Umgang mit Sorge und Trauer
- Umgang mit Ängsten
- Unterstützung bei Schmerzen und anderen körperlichen Symptomen
- Förderung von Selbstberuhigung, Entspannung und Schlaf
- Gestaltung von Selbstfürsorge

Dr. med. Ralf Heinrich
Dr.med. Parick Assheuer
Dr. med. Christian Becker
Prof. Dr. Pascal Dohmen

Dr. med. Uwe Günther
Dr. med. Ralf Hilbert
Krimhild Korndörfer-Luft
Dipl. med. Erika Schadwell



11 Raum für weitere Anmerkungen

Datum, Ort, Unterschrift Patient*in