



Onkologischer Anamnesebogen

(bei Krebserkrankung bitte **ZUSÄTZLICH** zum allgemeinen Anamnesebogen vorher einsenden oder faxen an 089-54329907)

Name:..... Vorname:.....Geb.-Datum.:

Straße:..... PLZ..... Wohnort:.....

Tel privat: Tel geschäftl.:..... Fax privat:

Handy..... Email:.....

Versicherungsgesellschaft:

Krebsart: _____

Entdeckung der Krebserkrankung am (bitte Datum eintragen): _____

Durch welche Anzeichen / Symptome (Kreislaufkollaps, Knoten etc.) wurde Ihr Tumor entdeckt?

Bisherige Labor-Diagnostik:

Welche Tumormarker wurden im Labor bestimmt:

CEA:

Nein Ja Datum: _____ Wert: _____

CA 15-5:

Nein Ja Datum: _____ Wert: _____

PSA:

Nein Ja Datum: _____ Wert: _____

Andere Tumormarker:

Nein Ja Datum: _____ Wert: _____

Wurde der TKTL-1-Test gemacht?

Nein Ja Datum: _____ Wert: _____

Wurde Selen bestimmt?

Nein Ja Datum: _____ Wert: _____

Wurde Vit. D bestimmt?:

Nein Ja Datum: : _____ Wert: : _____

Wurden die Hormone bestimmt?

Nein Ja Datum: : _____ Wert: : _____

Wurden Östrogenmetaboliten bestimmt?

Nein Ja Datum: : _____ Wert: : _____

Wurde Ihr Laktat Spiegel gemessen?

Nein Ja Datum: : _____ Wert: : _____

Bei mir liegt eine Nierenerkrankung vor:

Nein Ja welche? : _ _ _ _ _

Bei mir liegt eine Lebererkrankung vor:

Nein Ja welche? : _ _ _ _ _

Ich habe eine Herzerkrankung:

Nein Ja Ich trage eine Schrittmacher: Nein Ja

Onkologische Therapie bisher:

(bitte tragen Sie hier – soweit bekannt – Chemotherapien, Operationen, Bestrahlungen, Medikamente sowie Nahrungsergänzungsmittel ein)

_____ Behandlungszeitraum von _____ bis _____

_____ Behandlungszeitraum von _____ bis _____

_____ Behandlungszeitraum von _____ bis _____

_____ Behandlungszeitraum von _____ bis _____

_____ Behandlungszeitraum von _____ bis _____

Aktuelle Medikation: (bitte geben Sie hier- wenn Sie es nicht schon auf unserem allgemeinen Bogen eingetragen haben- Ihre Medikation einschließlich homöopathischer Globuli ein)

Welches Bildmaterial i.S. von Röntgen-, CT- und Kernspinuntersuchungen wurde bisher angefertigt?

Ihr behandelnder Onkologe:

Name: -----

Adresse: -----

Telefon: -----

Möchten Sie, dass wir uns mit Ihrem behandelnden Onkologen abstimmen? Ja Nein

Krebserkrankungen der Familie:

Was ist Ihr persönliches Therapieziel? :