



Dr. med. Ilona Blau

Fachärztin für Innere Medizin

Hämatologie/ Onkologie

Florastr. 44

13187 Berlin

Tel.: 030/ 46606155 Fax: 030/ 46606157

Name des Patienten: _____ Geb.-datum: _____ Größe/ Gewicht: _____ m/ _____ kg

Telefonische Erreichbarkeit unter folgender Nummer: _____

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen?

- Diabetes mellitus Bluthochdruck Schilddrüsenerkrankungen Angina pectoris
- Lebererkrankungen, z.B. Hepatitis sonstige Herzerkrankungen Nierenerkrankungen
- Durchblutungsstörungen erhöhte Blutfettwerte Krampfadern
- erhöhte Harnsäurewerte (Gicht) Krebserkrankungen sonstige Erkrankungen, z.B.:
Ausfallerscheinungen, Depressionen, Blutungsneigungen

Familien- Anamnese/ familiäre Vorbelastung: _____

Beruf/ aktuelle Tätigkeit: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente: ja nein

Wenn ja, listen Sie die Medikamente bitte auf:

1.	2.	3.
4.	5.	6.

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten? ja nein

Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:

1.	2.	3.
----	----	----

Leiden Sie an Allergien? ja nein

Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:

1.	2.	3.
----	----	----

Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?

1.
2.
3.
4.

Aktuelle Beschwerden:

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____ - letzter Besuch beim Frauenarzt/Urologe? _____

Haben Sie eine Patientenverfügung? _____

An welchen Arzt soll der Befundbericht geschickt werden?