



Anamnesebogen

Wir bitten um möglichst vollständige Beantwortung der Fragen. Alle Angaben sind freiwillig.

Name, Vorname: _____ Datum: _____
geb.: _____
Anschrift: _____
Telefon/Handy privat: _____ beruflich: _____
E-Mail: _____
Hausarzt/ Ort: _____ Krankenkasse: _____

1. Aktuelle Beschwerden:

Körpergröße: cm; Gewicht: kg

- () **Husten:** mit Auswurf blutig trocken () **Atemnot:** in Ruhe bei Belastung
() **Brustschmerzen:** Wo? () **Fieber** () **Nachtschweiß**
() **Sonstige Beschwerden:**
Seit wann bestehen o.g. Beschwerden?

- Sodbrennen?** ja nein
Ungewollter **Gewichtsverlust?** nein ja, kg in Wochen/ Monaten
Schnarchen Sie? ja nein
Nächtl. **Atemaussetzer?** ja nein
Tagesmüdigkeit/ -Schläfrigkeit? ja nein

- 2. Rauchen Sie aktuell?** nein ja, ca. Zigaretten/ Tag, seit
- 3. Haben Sie früher geraucht?** nein ja, ca. Zigaretten/ Tag, etwa Jahre
Nichtraucher seit:
- 4. Sind Allergien bekannt?** nein ja, bitte Allergiefragebogen noch ausfüllen
- 5. Medikamentenallergien bzw. Unverträglichkeiten?** ja nein
Wenn ja, wogegen?
- 5. Nur Frauen, besteht eine Schwangerschaft?** ja nein
- 6. Wann und wo war die letzte Röntgenaufnahme Ihrer Lunge?**
- 7. Sind Vorerkrankungen bekannt, welche?**

Haben Sie **ansteckende Krankheiten** (z. B. Tuberkulose, HIV, Hepatitis, MRSA)? ja nein
Wenn ja, welche?

- 8. Gibt es Krankheiten in Ihrer Familie** (Krebs-, Herz-, Lungenerkrankungen, Allergien, Rheuma)? ja nein
Wenn ja, welche?

9. Was üben bzw. übten Sie beruflich aus?

10. Aktuelle Medikamente (auch Inhalationsmittel, „Pille“, Augentropfen):