



Anamnesebogen

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

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Anschrift: _____

Telefon/Handy privat: _____ E-Mail _____

Hausarzt/Ort: _____ Krankenkasse: _____

Körpergröße (cm): _____ Gewicht (kg): _____

Was üben bzw. übten Sie beruflich aus? _____

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an! Bei Fragen, wenden Sie sich an unser Praxisteam vor Ort.

1. Aktuelle Beschwerden:

() Husten: mit Auswurf blutig trocken

() Atemnot: in Ruhe bei Belastung

() Brustschmerzen () Fieber () Nachtschweiß

() Sonstige Beschwerden:

Falls ja, welche Beschwerden, seit wann? _____

() Sodbrennen?

() Ungewollter Gewichtsverlust? Falls ja, _____ kg in _____ Wochen/ Monaten

() Nächtl. Atemaussetzer? () Schnarchen Sie? () Tagesmüdigkeit/ -Schläfrigkeit?

2. Allgemeiner Gesundheitszustand:

() Rauchen Sie aktuell? Falls ja, _____ Zigaretten/Tag, seit _____

() Haben Sie früher geraucht? Falls ja, _____ Zigaretten/Tag, etwa _____ Jahre

Nichtraucher seit: _____

() Sind Allergien bekannt? Falls ja, bitte Allergiefragebogen ausfüllen

() Medikamentenallergien bzw. Unverträglichkeiten?

Falls ja, wogegen _____

() Nur Frauen, besteht eine Schwangerschaft?

() Wurde Ihre Lunge schon einmal geröntgt? Falls ja, wann _____ und wo (Arzt) _____

() Sind Vorerkrankungen bekannt?

Falls ja, welche? _____

() Haben Sie ansteckende Krankheiten (z. B. Tuberkulose, HIV, Hepatitis, MRSA)?

Falls ja, welche? _____

() Gibt es Krankheiten in Ihrer Familie (Krebs-, Herz-, Lungenerkrankungen, Allergien, Rheuma)?

Falls ja, welche? _____

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

Falls ja, welche? _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift _____