

## Anamnesebogen

Für das Erstgespräch bitten wir Sie, den Anamnesebogen mit den ersten Angaben auszufüllen.  
Selbstverständlich werden alle Angaben streng vertraulich behandelt. Vielen Dank!

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

SV-Nummer \_\_\_\_\_

- ☐ ja ☐ nein Wurde bei Ihnen früher die Diagnose Asthma, Allergie, COPD  
gestellt Sind in Ihrer Familie Atemwegserkrankungen bekannt?

- ☐ ja ☐ nein Haben Sie Husten? Wenn ja, wie lange husten Sie schon? \_\_\_\_\_
- ☐ ja ☐ nein Husten Sie anfallsartig?
- ☐ ja ☐ nein Haben Sie Auswurf?
- ☐ ja ☐ nein Husten Sie am Morgen bzw. nach dem Aufstehen?
- ☐ ja ☐ nein Husten Sie nach dem Essen/Trinken?
- ☐ ja ☐ nein Husten Sie nach dem Hinlegen?
- ☐ ja ☐ nein Haben Sie Sodbrennen?
- ☐ ja ☐ nein Haben Sie pfeifende Atemgeräusche bemerkt?
- ☐ ja ☐ nein Sind bei Ihnen nach Infekten die Bronchien langwierig  
betroffen? Meiden Sie Belastung wegen Luftnot?
- ☐ ja ☐ nein Hatten Sie in letzter Zeit einen Atemnots-anfall?

Wie häufig haben Sie Atemnot? \_\_\_\_\_ pro Tag \_\_\_\_\_ pro Woche \_\_\_\_\_ pro Monat

Wie stark ist Ihre Atemnot?

- ☐ Ich habe Atemnot bei starker Anstrengung.
- ☐ Ich habe Atemnot bei schnellem Gehen zu ebener Erde und bei kleinen Erhebungen.
- ☐ Ich habe Luftnot beim Laufen in der Ebene, laufe langsamer als meine Altersgenossen.
- ☐ Ich muss wegen Luftnot nach ca. 100 m stehenbleiben.
- ☐ Ich bin zu kurzatmig, um das Haus zu verlassen.

- ☐ ja ☐ nein Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- ☐ ja ☐ nein Haben Sie Heuschnupfen? \_\_\_\_\_
- ☐ ja ☐ nein Sind Allergietestungen gemacht worden? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
- ☐ ja ☐ nein Haben Sie eine Bienen/Wespen-giftallergie? \_\_\_\_\_
- ☐ ja ☐ nein Sind Medikamentenunverträglichkeiten bekannt? \_\_\_\_\_
- ☐ ja ☐ nein Haben Sie Haustiere? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

☐ ja ☐ nein Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag, seit \_\_\_\_\_ Jahren.

☐ ja ☐ nein Hatten Sie eine Tuberkulose? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

☐ ja ☐ nein Haben Sie weitere Erkrankungen? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
(z.B. Haut/HNO/Herz/Magen-Darm/Gefäße/Blut/Skelett/Tumor/Diabetes)

☐ ja ☐ nein Hatten Sie Operationen?

☐ ja ☐ nein Schnarchen Sie?

☐ ja ☐ nein Sind Sie tagsüber müde?

☐ ja ☐ nein Hat Ihr Partner/Ihre Partnerin Atempausen bei Ihnen bemerkt ?

Welchen Beruf üben Sie aus oder haben Sie ausgeübt? \_\_\_\_\_

☐ ja ☐ nein Sind Sie im Ruhestand?

☐ ja ☐ nein Haben Sie einen anerkannten Grad der Behinderung? Wenn ja, wieviel Prozent? \_\_\_\_\_ %

☐ ja ☐ nein Haben Sie eine Pflegestufe? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

☐ ja ☐ nein Hatten Sie Umgang mit gesundheitsgefährdenden Stoffen (Asbest/Quarzstaub/Gase)?

Wann wurde die letzte Röntgenaufnahme der Lunge bei Ihnen angefertigt? \_\_\_\_\_

☐ ja ☐ nein Haben Sie diese Aufnahme (CD)/den Befund heute mitgebracht?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf ein?

---

#### Wichtige Informationen

Die in unserer Praxis verordneten Medikamente können die Fahrtauglichkeit und die Fähigkeit zum Führen von Maschinen in unterschiedlicher Intensität beeinträchtigen – sprechen Sie uns bitte bei Problemen an!

Bitte bringen Sie zu jeder Konsultation Ihre Atemwegsmedikamente mit – wir kontrollieren die Einnahme!

#### Datenschutzerklärung

Ich bin mit der Weiterleitung meiner Befunde an meinen Hausarzt, ggf. auch an andere Ärzte – z.B. zur Klärung gesundheitsrelevanter Fragen in einem ärztlichen Konsil – einverstanden. Ich habe die Datenschutzerklärungen (DSGVO) gelesen und verstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_