

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 _____

Bei Bedarf: Haben Sie eine Zusatzversicherung? Wenn ja, welche

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Wurde bei Ihnen früher die Diagnose Asthma, Allergie, COPD gestellt? |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Sind in Ihrer Familie Atemwegserkrankungen bekannt? |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Haben Sie Husten? Wenn ja, wie lange husten Sie schon? _____ |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Husten Sie anfallsartig? |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Haben Sie Auswurf? |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Husten Sie am Morgen bzw. nach dem Aufstehen? |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Husten Sie nach dem Essen/Trinken? |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Husten Sie nach dem Hinlegen? |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Haben Sie Sodbrennen? |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Haben Sie pfeifende Atemgeräusche bemerkt? |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Sind bei Ihnen nach Infekten die Bronchien langwierig betroffen? |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Meiden Sie Belastung wegen Luftnot? |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Hatten Sie in letzter Zeit einen Atemnotanfall? |

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.

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Haben Sie Heuschnupfen? |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Sind Allergietestungen gemacht worden? Wenn ja, wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Sind Medikamentenunverträglichkeiten bekannt? _____ |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Haben Sie Haustiere? Wenn ja, welche? _____ |

- Ja Nein Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? _____ Zigaretten pro Tag, seit _____ Jahren
- Ja Nein Haben Sie einmal geraucht? Wenn ja, bis wann? _____
- Ja Nein Andere Tabak- oder Nikotinprodukte _____
- Ja Nein Hatten Sie eine Tuberkulose? Wenn ja, wann?
- Ja Nein Haben Sie weitere Erkrankungen? Wenn ja, welche?
(zB. 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 Meiden Sie Belastung wegen Luftnot?
- 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 _____