



## Anamnese - Fragebogen

**Name:**

**Geb. Datum:**

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir bitten Sie, den folgenden Fragebogen sorgfältig auszufüllen  
So können wir für Sie den weiteren Untersuchungsablauf und die Behandlung festlegen.

**Ihr Telefon:**

**Ihr Handy:**

**Ihre E-mail:**

### **Welche Beschwerden haben Sie zur Zeit?**

Husten - keinen - gering - stark - morgens - tagsüber - abends - nachts

Auswurf - keinen - gering - reichlich

Auswurf - weiß/klar - gelblich - grünlich - blutig

Schnupfen - behinderte Nasenatmung - Entzündungen der Nasennebenhöhlen - Nasenpolypen

Atemnot - keine - in Ruhe - bei leichter Belastung - bei starker Belastung - beim Sport - im Liegen

Nachtschweiß - ja - nein

Gewichtsabnahme im letzten Jahr - nein - ja - wieviel kg

Fieber - nein - ja

Nächtliches Wasserlassen - nein - ja - wie oft

Schmerzen im Brustkorb - nein - ja - wann

Sodbrennen/Magenprobleme - nein - ja

Kopfschmerzen - nein - ja

Nächtliches Schnarchen - nein - ja

Tagesmüdigkeit - nein - ja

Unwillkürliches Einschlafen am Tage - nein - ja

### **Sind bei Ihnen Allergien bekannt?**

Pollen - Hausstaubmilben - Tierhaare - Insekten - Medikamente

Erfolgte bereits ein Allergietest - nein - ja - wo?



**Rauchen Sie ?**

Nein, noch nie

Nein, nicht mehr seit ....., vorher von ..... bis .....        ..... Zig./d

Ja, anhaltend seit .....        ..... Zig./Tag

**Trinken Sie Alkohol ?**

Wieviel - ... Fl. Bier/Tag        ... Glas Wein/Tag        Schnäpse/Tag

Haben Sie **Haustiere** - nein - ja - welche

Waren Sie bereits zum **Thorax - Röntgen** - wenn Ja - wann und wo ?

Waren Sie bereits zum **Thorax - CT** - wenn ja - wann und wo ?

Welchen **Beruf** haben Sie gelernt?

Welchen Beruf üben Sie aus?

Wo arbeiten Sie?

Gibt es Schadstoffe am Arbeitsplatz?

Sind Sie Rentner?

Welche **Medikamente** nehmen Sie ein?

Welche **Vorerkrankungen** sind bei Ihnen bekannt?

Bluthochdruck -        nein - ja

Lungenentzündung -        nein - ja

Diabetes mellitus -        nein - ja

Rippenfellentzündung -        nein - ja

Herzinfarkt -        nein - ja

Tuberkulose -        nein - ja

Schlaganfall -        nein - ja

Operationen - an Lunge

Thrombose -        nein - ja

Operationen an Nasennebenhöhlen

Lungenembolie -        nein - ja

Andere Operationen

Waren Sie schon im Krankenhaus - nein - ja - wann/weshalb

Waren Sie in letzter Zeit im Ausland?

Sind in Ihrer Familie schwere Erkrankungen bekannt?

**Bitte bringen Sie zur Sprechstunde folgendes mit:**

**Chipkarte, Medikamentenplan, Thorax - Röntgen/CT - Befunde und Bilder auf CD, Impfausweis, Allergiepass, Inhalatoren, Krankenhausberichte der letzten 2 Jahre, Arztbriefe vom Kardiologen/Rheumatologen/Nephrologen mit.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe.**

Ihr Praxisteam Dr. med. Kathrin Pilz