

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,



herzlich willkommen in unserer Praxis!  
Damit wir Sie umfassend beraten und behandeln können,  
bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten.  
Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und  
werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

## ATMUNG & SCHLAF

Zentrum für Pneumologie, Allergologie  
und Schlafmedizin/Ambulantes Schlaflabor

### ANAMNESEFRAGEBOGEN

Patientennummer: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

männlich

weiblich

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

erlernter Beruf: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

jetzige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

#### Allgemeines:

Rauchen Sie?  nein  ja, tägl. \_\_\_ Zigaretten seit \_\_\_\_\_ Jahren

Haben Sie geraucht?  nein, lebenslanger Nichtraucher

ja, bis \_\_\_\_\_ insgesamt \_\_\_ Jahre und tägl. \_\_\_ Zigaretten

Alkoholkonsum  nein  ja, täglich

gelegentlich Wie viel und was? \_\_\_\_\_

#### Vorerkrankungen:

Bluthochdruck  nein  ja seit wann? \_\_\_\_\_

Tuberkulose  nein  ja seit wann? \_\_\_\_\_

Herzkrankheit  nein  ja seit wann? \_\_\_\_\_

Infarkt  nein  ja seit wann? \_\_\_\_\_

Gelenkerkrankungen  nein  ja seit wann? \_\_\_\_\_

Diabetes mellitus  nein  ja seit wann? \_\_\_\_\_

Hautkrankheit  nein  ja seit wann? \_\_\_\_\_

Hepatitis  nein  ja seit wann? \_\_\_\_\_

Schlaganfall  nein  ja seit wann? \_\_\_\_\_

Nierenerkrankung  nein  ja seit wann? \_\_\_\_\_

Asthma  nein  ja seit wann? \_\_\_\_\_

COPD  nein  ja seit wann? \_\_\_\_\_

Anfallsleiden/Epilepsie  nein  ja seit wann? \_\_\_\_\_

Tumorerkrankung  nein  ja seit wann? \_\_\_\_\_

Psychische Erkrankung  nein  ja seit wann? \_\_\_\_\_

HIV/Aids  nein  ja seit wann? \_\_\_\_\_

Schlafstörungen  nein  ja seit wann? \_\_\_\_\_

Andere: \_\_\_\_\_

**Operationen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Allergien:**

Antibiotika	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche? _____
Blütenpollen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche? _____
Hausstaub	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche? _____
Tierhaare	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche? _____
Nahrungsmittel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche? _____

**Andere:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Letzter Allergietest:** \_\_\_\_\_

**Tierkontakt:**  nein  ja was? \_\_\_\_\_

**Regelmäßige Einnahme von Medikamenten:**  nein  ja

Welche/Dosierung/Menge:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Jetzige Beschwerden/Grund der Vorstellung :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_