

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: _____

divers

unbestimmt

Mobil: _____

E-Mail: _____

erlernter Beruf : _____

jetzige Tätigkeit: _____

Allgemeines:

inhalative Schadstoffe:

ich bin lebenslanger Nichtraucher

ich rauche nur zu Feiern ca. _____ Zigaretten pro Jahr (seit _____ Jahren)

ich rauche täglich seit _____ Jahren _____ Zigaretten

ich habe bis _____ (Jahr) für _____ Jahre _____ Zigaretten täglich geraucht

E-Zigaretten/ Vapes: nein ja

Cannabis-Konsum nein ja Joints pro Jahr _____ (seit _____ Jahren)

andere Schadstoffe: _____

Alkoholkonsum:

nein

täglich

gelegentlich was und wie viel? _____

Vorerkrankungen:

Bluthochdruck nein ja seit wann? _____

Schilddrüsenerkrankung nein ja seit wann? _____

Tuberkulose nein ja seit wann? _____

Herzkrankheit nein ja seit wann? _____

Herzinfarkt 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: nein, bislang keine erfolgt

ja - welche? _____

Allergien:

- Antibiotika nein ja welche? _____
- Blütenpollen nein ja welche? _____
- Hausstaub nein ja welche? _____
- Tierhaare nein ja welche? _____
- Nahrungsmittel nein ja welche? _____

andere: _____

letzter Allergietest: _____

- Laktoseunverträglichkeit Fruktoseunverträglichkeit

Medikamentenunverträglichkeit nein ja

Präparat: _____

Befinden/befanden Sie sich bei einem anderen Lungenfacharzt in Behandlung?

- nein ja

Arzt: _____

Nehmen Sie bereits am DMP (Disease Management-Programm) Asthma oder COPD teil?

- nein ja

Tierkontakt: nein
 ja - welche: _____

Medikamentenplan vorliegend: nein ja

Ansonsten tragen Sie hier bitte alle Medikamente ein, auch die, die Sie inhalieren:

Präparat	Dosierung	morgens	mittags	abends	nachts

Jetzige Beschwerden/Grund der Vorstellung:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____