

Anamnesebogen



Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Hausarzt: Name:

Adresse:

Wie groß sind Sie? _____

Wie schwer sind Sie? _____

erlernter Beruf:

zuletzt ausgeübter Beruf:

Hobbys:

Welche Erkrankungen haben Sie?

Waren bereits Operationen bei Ihnen erforderlich? ja ☐ nein ☐

Wann? Z.B. 1998	Art des Eingriffs? Z.B. Gallen-OP

Welche Erkrankungen gab es bei blutsverwandten Familienmitgliedern?
(z.B. Herzinfarkte, Krebserkrankungen, Lungenkrankheiten)

Haben Sie Allergien? ja ☐ nein ☐
wenn ja, welche?

Haben Sie Haustiere? ja ☐ nein ☐

Welche Medikamente nehmen Sie dauerhaft ein?

z.B.: Ramipril	5 mg	1-0-0

Waren Sie bereits in pneumologischer Behandlung? ja ☐ nein ☐

Rauchen Sie? ja ☐ nein ☐

Wenn ja: _____ Zigaretten pro Tag
anderes, z.B. Pfeife, Heets oder Vaper:

Haben Sie geraucht? ja ☐ nein ☐

Wenn ja: von _____ bis _____, _____ Zigaretten pro Tag

Haben Sie Luftnot? ja ☐ nein ☐

wenn ja: in Ruhe ☐ bei Belastung ☐

Haben Sie Auswurf? ja ☐ nein ☐

Wann sind Ihre Schlafzeiten?

wochentags: von _____ bis _____

an Wochenenden: von _____ bis _____

im Urlaub: von _____ bis _____

Schnarchen Sie? ja ☐ nein ☐

Wachen Sie nachts auf? ja ☐ nein ☐

wenn ja: haben Sie selbst eine Erklärung dafür?

Wie oft müssen Sie nachts auf die Toilette gehen?

Sind Sie ausgeschlafen? ja ☐ nein ☐

Sind Sie tagsüber müde? ja ☐ nein ☐

Die ausliegende Einwilligung zur Datenübermittlung habe ich gelesen.

Ich bin damit einverstanden ☐ nicht einverstanden ☐.

Datum: _____

Unterschrift: _____