

Anamnesebogen:

Name, Vorname: _____

Geboren am: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Beruf erlernt: _____

Beruf derzeit: _____

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an:

1. Wie groß sind Sie / Wie viel wiegen Sie ? _____ cm _____ kg

2. Waren Sie schon einmal beim HNO-Arzt ? ☐ Ja ☐ Nein

Wann ? _____ In welcher Praxis? _____

3. Leiden Sie unter Allergien ? ☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, welche ? _____

- ☐ mit Schnupfen / Augentränen / Niesattacken
- ☐ mit Hautausschlag
- ☐ (zum Teil) mit Atemnot

4. Haben Sie Haustiere?

Wenn ja, welche? _____

5. Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen ? ☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, welche ? _____

6. Nehmen Sie dauerhaft Medikamente ein ? ☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, welche ? _____

BITTE WENDEN !

7. Leiden Sie unter Riechstörungen? O Ja O Nein
wenn Ja:

O ich rieche eingeschränkt

O meine Geruchswahrnehmung ist verändert
8. Haben Sie Sodbrennen ? O Ja O Nein
Wenn ja seit wann ?

Nehmen Sie dafür Medikamente ein ? O Ja O Nein
wenn ja, welche ? _____
9. Haben Sie Schlafstörungen bzw. einen nicht erholsamen Schlaf ? O Ja O Nein
wenn Ja :

O ich habe Einschlafstörungen
O ich wache nachts häufig auf >>> Um welche Uhrzeit?
O ich bin morgens nicht ausgeruht
O ich bin tagsüber müde und erschöpft
10. Rauchen Sie oder haben Sie geraucht ? O Ja O Nein
wenn ja:

Wie viel Packungen pro Tag ? _____
Wie lange (Jahre)? von _____ bis _____
Anderes, z.B. Pfeife, Iqos, Vape: _____
11. Arbeiten Sie im Lärm ? O Ja O Nein
wenn Ja:

Wieviele Jahre ? _____

Bei welcher BG sind Sie versichert ? _____

Tragen Sie Gehörschutz ? O Ja O Nein
12. Wurden Sie schon mal im HNO Bereich operiert ? O Ja O Nein
wenn Ja:

Was wurde operiert ? _____

Wann und wo wurden Sie operiert ?

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit zum Ausfüllen genommen haben!



BITTE WENDEN !