

## Anamnesebogen für Neupatienten

Bitte beantworten Sie die Fragen. Alle Angaben sind freiwillig und werden vertraulich behandelt.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am / in: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon / Handy tagsüber: \_\_\_\_\_

Hausarzt / Ort: \_\_\_\_\_

Beruf / Tätigkeit\*: \_\_\_\_\_ Schichtarbeit:  ja  nein

*\*Wenn Sie Rentner:in sind, was haben Sie früher beruflich gemacht?*

**Größe** \_\_\_\_\_ **Gewicht** \_\_\_\_\_

**Ungewollte Gewichtsveränderung?**  nein  ja,  $\uparrow / \downarrow$  \_\_\_\_\_ kg in \_\_\_\_\_ Wochen / Monaten

### Aktuelle Beschwerden

( ) **Husten:**  mit Auswurf  blutig  trocken ( ) **Atemnot:**  in Ruhe  bei Belastung

( ) **Fieber** ( ) **Nachtschweiß** ( ) **Müdigkeit** ( ) **Antriebsarmut**

( ) **Niesen / Fließschnupfen** ( ) **Augenjucken**

( ) **weitere Symptome:**

---



---

**Seit wann bestehen o. g. Beschwerden?**  Tage  Wochen  Monate  Jahre  keine Angabe

**Haustiere?**  nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

**Schnarchen Sie?**  ja  nein

**Rauchen Sie aktuell?**  nein  ja, ca. \_\_\_ Zigaretten/Tag, seit \_\_\_\_\_

andere Substanzen (eZigarette, THC, Zigarre / Pfeife o. ä.)

**Haben Sie früher geraucht?**  nein  ja, ca. \_\_\_ Zigaretten/Tag, bis \_\_\_\_\_

Trinken Sie regelmäßig **Alkohol?**  nein  ja, ca. \_\_\_ Flaschen Bier / Gläser Wein pro Tag

Sind Sie weniger als **3 x 30 Minuten pro Woche körperlich aktiv?**  ja  nein

Sind Allergien\* bzw. Unverträglichkeiten bekannt?  ja  nein

Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_

\*bei Pollen-/Gräser-/Tierhaarallergie bitte zusätzlich Allergiefragebogen ausfüllen

**Nur Frauen bis 50. Lebensjahr.:** besteht eine **Schwangerschaft**?

ja, \_\_\_\_SSW  nein

Wann und wo war die **letzte Röntgenaufnahme** Ihrer Lunge? \_\_\_\_\_

Haben / hatten Sie **ansteckende Erkrankungen** (z. B. Tuberkulose, HIV, Hepatitis, MRSA)?

ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Welche **chronischen Erkrankungen** bestehen bei Ihnen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hatten Sie schon einmal einen  **Schlaganfall**  **Herzinfarkt**

Sind Sie schon bei einem **Lungenfacharzt** gewesen?  nein  ja  Name: \_\_\_\_\_

Aktuelle **Medikamente** (auch Inhalationsmittel, die „Pille“, Augentropfen):

siehe Medikamentenplan anbei

| Name / Stärke (z. B. g, mg) | Dosierung früh | Dosierung mittags | Dosierung abends/nachts |
|-----------------------------|----------------|-------------------|-------------------------|
|                             |                |                   |                         |
|                             |                |                   |                         |
|                             |                |                   |                         |
|                             |                |                   |                         |
|                             |                |                   |                         |
|                             |                |                   |                         |
|                             |                |                   |                         |

Besteht bei Ihnen ein **Pflegegrad**?  nein  ja, Grad \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen ein **Grad der Behinderung**?  nein  ja, Grad \_\_\_\_\_ %

Werden Sie durch eine **Hauskrankenpflege** unterstützt?  nein  ja \_\_\_\_\_

Wünschen Sie einen **Befundbericht** an einen anderen Arzt, als den überweisenden Arzt?  ja  nein

Wenn ja, an wen / wo? \_\_\_\_\_

Datum & Unterschrift: \_\_\_\_\_