

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: _____