

Dr. med. B. Keiper
FÄ für Innere Medizin SP Pneumologie
Schlafmedizin, Allergologie, Palliativmedizin
Schillerstraße 2, 09212 Limbach-Oberfrohna

Anamnesebogen

Name, Vorname: _____ geb.: _____

E-Mail: _____ Tel.-Nr.: _____

Hausarzt: _____

Zuzahlungsbefreiung vorhanden? Ja Nein

Größe: _____ Gewicht: _____

Welche Beschwerden haben Sie? (Bitte genaue Angaben)

- Kurzatmigkeit bei Belastung, seit _____
- Nächtliche Atembeschwerden (Husten, Luftnot), wie oft pro Woche? _____
- Husten, seit _____
- Sodbrennen
- Auswurf, Farbe _____
- Probleme mit den Nasennebenhöhlen
- Schnupfen, Niesen, verstopfte Nase: ganzjährig Sommer Winter
- Heiserkeit, seit _____
- Nachtschweiß
- Gewichtsabnahme
- Fieber, seit _____, wie hoch? _____
- Brustkorbschmerzen, seit _____ in Ruhe bei Belastung
- Schnarchen
- Atempausen beobachtet?
- Schlechte Schlafqualität
- Müdigkeit tagsüber
- _____

Ich bin mit meinem Körpergewicht zufrieden. Ja Nein

Welche der nachfolgend genannten Erkrankungen sind bei Ihnen bisher aufgetreten? (Bitte Jahreszahl angeben)

- Bluthochdruck _____
- Herzinfarkt, koronare Herzkrankheit, Stent _____
- Schlaganfall _____
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) _____
- Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre _____
- Leberkrankheiten _____
- Nierenkrankheiten _____
- Krebs _____
- Tuberkulose _____
- Rheuma _____

Hatten Sie Operationen? Welche und wann?

Wurde bei Ihnen jemals eine Allergie festgestellt?

- Nein Ja, gegen _____

Wann wurde zuletzt ein Test durchgeführt? _____ Von wem? _____

Kommen in der Familie Astma, Neurodermitis oder Heuschnupfen vor?

- Nein Ja, Details _____

Bestehen Unverträglichkeiten gegenüber bestimmten Medikamenten?

- Nein Ja, gegen _____

Wann und wo wurde bei Ihnen zum letzten Mal die Lunge geröntgt?

Rauchen Sie?

Nein, nie

Nein, nicht mehr seit _____ Ja

In welchem Jahr haben Sie mit dem Rauchen angefangen? _____

Wieviele Zigaretten rauchen bzw. rauchten Sie maximal am Tag? _____

Wieviele Zigaretten rauchen bzw. rauchten Sie wenigstens am Tag? _____

Ich möchte aufhören zu rauchen

Ja

Nein

Ich bin an Tabakentwöhnung interessiert

Ja

Nein

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

Name des Medikaments	Dosis

Haben Sie Haustiere?

Nein Ja, welche, seit wann? _____

Besteht:

Schwangerschaft?

Hepatitis B oder C?

HIV-Infektion?

Welchen Beruf üben oder übten Sie aus?

berentet seit _____

Welche Hobbys haben Sie?

Welche weiteren Angaben sind aus Ihrer Sicht für die Behandlung wichtig?

Limbach-Oberfrohna, den _____

Unterschrift: _____