

Anamnesebogen

Für das Erstgespräch bitten wir Sie, den Anamnesebogen mit den ersten Angaben auszufüllen.
Selbstverständlich werden alle Angaben streng vertraulich behandelt. Vielen Dank!

Name _____ Geburtsdatum _____
Adresse _____
E-Mail _____ Telefon _____

☐ ja ☐ nein Wurde bei Ihnen früher die Diagnose „Asthma bronchiale“ gestellt?

☐ ja ☐ nein Sind in Ihrer Familie Atemwegserkrankungen bekannt?

☐ ja ☐ nein Haben Sie **Husten**? Wenn ja, wie lange husten Sie schon? _____ Monate

☐ ja ☐ nein Husten Sie anfallsartig?

☐ ja ☐ nein Haben Sie **Auswurf**?

☐ ja ☐ nein Husten Sie am Morgen bzw. nach dem Aufstehen?

☐ ja ☐ nein Husten Sie nach dem Essen/Trinken?

☐ ja ☐ nein Husten Sie nach dem Hinlegen?

☐ ja ☐ nein Haben Sie Sodbrennen?

☐ ja ☐ nein Haben Sie pfeifende Atemgeräusche bemerkt?

☐ ja ☐ nein Sind bei Ihnen nach **Infekten** die Bronchien langwierig betroffen?

☐ ja ☐ nein Meiden Sie **Belastung** wegen Luftnot?

☐ ja ☐ nein Hatten Sie in letzter Zeit einen **Atemnotsanfall**?

Wie häufig haben Sie Atemnot? _____ pro Tag _____ pro Woche _____ pro Monat

Wie stark ist Ihre Atemnot?

- 1 Ich habe Atemnot bei starker Anstrengung.
- 2 Ich habe Atemnot bei schnellem Gehen zu ebener Erde und bei kleinen Erhebungen.
- 3 Ich habe Luftnot beim Laufen in der Ebene, laufe langsamer als meine Altersgenossen.
- 4 Ich muss wegen Luftnot nach ca. 100 m stehenbleiben.
- 5 Ich bin zu kurzatmig, um das Haus zu verlassen.

☐ ja ☐ nein Haben Sie **Allergien**? Wenn ja, welche? _____

☐ ja ☐ nein Haben Sie **Heuschnupfen**?

☐ ja ☐ nein Sind Allergietestungen gemacht worden? Wenn ja, wann? _____

☐ ja ☐ nein Haben Sie eine Bienen-/Wespengiftallergie?

☐ ja ☐ nein Sind Medikamentenunverträglichkeiten bekannt? _____

☐ ja ☐ nein Haben Sie Haustiere? Wenn ja, welche? _____

ja nein Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? _____ Zigaretten pro Tag, seit _____ Jahren.

ja nein Hatten Sie eine Tuberkulose? Wenn ja, wann? _____

ja nein Haben Sie weitere Erkrankungen? Wenn ja, welche? _____
(z.B. Haut/HNO/Herz/Magen-Darm/Gefäße/Blut/Skelett/Tumor/Diabetes)

ja nein Hatten Sie Operationen?

ja nein Schnarchen Sie?

ja nein Sind Sie tagsüber müde?

ja nein Hat Ihr Partner/Ihre Partnerin Atempausen bei Ihnen bemerkt ?

Welchen Beruf üben Sie aus oder haben Sie ausgeübt? _____

ja nein Sind Sie in Rente?

ja nein Haben Sie einen anerkannten Grad der Behinderung? Wenn ja, wieviel Prozent? _____ %

ja nein Haben Sie eine Pflegestufe? Wenn ja, welche? _____

ja nein Hatten Sie Umgang mit gesundheitsgefährdenden Stoffen (Asbest/Quarzstaub/Gase)?

Wann wurde die letzte Röntgenaufnahme der Lunge bei Ihnen angefertigt? _____

ja nein Haben Sie diese Aufnahme (CD)/den Befund heute mitgebracht?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf ein?

Wichtige Informationen

Die in unserer Praxis verordneten Medikamente beeinträchtigen die Fahrtauglichkeit und die Fähigkeit zum Führen von Maschinen in unterschiedlicher Intensität – sprechen Sie uns bitte bei Problemen an!

Bitte bringen Sie zu jeder Konsultation Ihre Atemwegsmedikamente mit – wir kontrollieren die Einnahme!

Datenschutzerklärung

Ich bin mit der Weiterleitung meiner Befunde an meinen Hausarzt, ggf. auch an andere Ärzte – z.B. zur Klärung gesundheitsrelevanter Fragen in einem ärztlichen Konsil – einverstanden.
Ich habe die Datenschutzerklärungen (DSGVO) gelesen und verstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme.

Datum _____

Unterschrift _____