



Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserem MVZ. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Der Fragebogen wird im Anschluss digital in Ihre Patientenakte eingefügt. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

ANAMNESEBOGEN (Erstkontakt)

Ist bei Ihnen eine oder sind mehrere **Erkrankungen der Atemwege** bekannt?

Nein, bisher nicht

Ja, und zwar: _____

Welche **Hauptbeschwerden** führen Sie zu uns?

Husten eher trocken eher mit Auswurf

Luftnot

in Ruhe im Sitzen im Liegen

bei geringer körperlicher Anstrengung
(z. B. beim Anziehen/beim Laufen in der Wohnung)

bei leichter körperlicher Anstrengung
(z. B. rasches Laufen in der Ebene)

bei mittlerer körperlicher Anstrengung
(z. B. rasches Laufen bergauf)

bei großer körperlicher Anstrengung
(z. B. beim Sport)

wiederkehrende Infekte der unteren Atemwege

Allergische Beschwerden

Schnarchen, nicht erholsamer Schlaf

nächtliche Atemaussetzer

Sodbrennen

Sonstiges: _____

Seit wann treten diese Beschwerden bei Ihnen auf? _____ (Monat/Jahr)

Wurden Sie wegen der genannten Beschwerden bereits durch einen Lungenfacharzt oder im Krankenhaus untersucht? Nein Ja, durch _____ (Name, Ort des Arztes)

Wann wurde zuletzt eine Röntgen- oder CT-Aufnahme Ihrer Lungen durchgeführt? _____ (Jahr)
_____ (Arzt oder Krankenhaus)

Röntgenaufnahme Computertomographie (CT)

Allgemeines:

Wie groß und wie schwer sind Sie? _____ cm _____ kg

Rauchen Sie? nein ja, tägl. ____ Zigaretten seit ____ Jahren

Haben Sie geraucht? nein, lebenslanger Nichtraucher
 ja, bis _____ insgesamt ____ Jahre und tägl. ____ Zigaretten

Alkoholkonsum nein ja, täglich
 gelegentlich Wie viel und was? _____

Sind Sie schwanger? ja nein

Gewichtsverlust? ja nein
Wieviel? _____

Arbeiten Sie aktuell? Nein, ich bin berentet, berufsunfähig
 Nein, ich bin arbeitssuchend
 Ja Vollzeit Teilzeit

Welchen Beruf haben Sie ausgeübt bzw. üben Sie aus?
.....

Waren/Sind Sie während Ihrer beruflichen Tätigkeit Gefahrstoffen ausgesetzt?

Nein Ja und zwar: _____

Sind Allergien (z. B. Heuschnupfen) oder Unverträglichkeiten bei Ihnen bekannt (auch Medikamente)?

- Nein Ja und zwar gegen: _____
 nur saisonal

Tierkontakt: nein ja was? _____

Sind Sie geimpft gegen: Grippe Lungenentzündung Covid

Familienvorgeschichte:

Gab es in Ihrer Familie eine der folgenden Krankheiten:

(als Familienangehörige gelten hier Großeltern, Eltern, Geschwister und Kinder)

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Hoher Blutdruck oder Schlaganfall | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Gicht | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Allergien | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Asthma | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Lungentuberkulose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Eigene Vorerkrankungen

Hatten Sie selbst schon eine der folgenden Krankheiten:

1. Stirnhöhlen- oder Kieferhöhlenentzündung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	18. Häufige Kreuzschmerzen oder Ischias	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Mandelentzündungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	19. Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Heuschnupfen wenn ja in welchen Monaten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	20. Rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	21. Gicht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Lungen- oder Rippenfellentzündung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	22. Krampfadern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	23. Thrombose, Venenentzündung oder Embolie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	24. Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	25. Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9. Angina pectoris (Engegefühl in der Brust)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	26. Bei Männern: Vergrößerung der Vorsteherdrüse (Prostatahypertrophie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10. Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	27. Bei Frauen: Gebärmutter- oder Eileiterentzündung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11. Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	28. Erhöhter Augeninnendruck (grüner Star / Glaucom)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
12. Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	29. Grauer Star	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13. Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	30. Nervenerkrankungen / Krampfanfälle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14. Gelbsucht oder Lebererkrankungen (z.B. Hepatitis)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	31. Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15. Gallensteine	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	32. HIV	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16. Nierensteine	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	33. Covid-19	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
17. Nieren- oder Nierenbeckenentzündung, Blasenentzündung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	34. Chron. Infektionen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hatten Sie Krankheiten, nach denen vorstehend nicht gefragt wird? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wurden Sie schon einmal operiert? ja nein

Wenn ja, woran? _____

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ja / nein

Wenn ja, welche (z.B. Pille, Marcumar; bitte auch Sprays und Inhalationsmittel angeben):

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

Kontaktdaten:

Telefonnummer: _____

Mobilnummer: _____

E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Ort, Datum

Unterschrift