

## Anamnese

---

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

### Persönliche Daten

Name: _____	Geburtsdatum: _____
Adresse: _____	Krankenkasse: _____
Telefon: _____	Hausarzt: _____
Handy _____	Erlerner Beruf: _____
E-Mail: _____	Ausgeübter Beruf: _____

### Aktueller Medikamentenplan

Medikamentenname / Dosierung	Morgens	Mittags	Abends

### Krankenhausaufenthalte/Operationen

Wann ?	Wo?	Warum?

**Körpergröße:** \_\_\_\_\_ m      **Körpergewicht:** \_\_\_\_\_ kg

**Rauchen** (Zigaretten, E-Zigarette, Shisha, Joint, andere Rauchersatzprodukte): \_\_\_\_\_

Ja       Nein, seit \_\_\_\_\_ oder noch NIE       Ex-Raucher, seit \_\_\_\_\_

Wenn „Ja“, wie viel täglich: \_\_\_\_\_ seit wann: \_\_\_\_\_

### Allergien/Unverträglichkeiten?

Ja       nein      Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Frühere/aktuelle berufliche oder private Schadstoffbelastungen (z. B. Asbest)?**

Ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Haustiere oder regelmäßige Tierkontakte?**

Ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Schnarchen:** Ja  nein

**Nächtliche Atemaussetzer:** Ja  nein

**Schlafapnoe bekannt:** Ja  nein  Wenn „Ja“, Therapie? \_\_\_\_\_

**Bei Ihnen bereits bekannte Erkrankungen** (bitte ankreuzen):

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus I oder II	<input type="checkbox"/>	Neurodermitis / Milchschorf	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfette	<input type="checkbox"/>	Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	Magen- / Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	Leber- / Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	"Rheuma"	<input type="checkbox"/>
Thrombose	<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>
Lungenembolie	<input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>		
COPD / Lungenemphysem	<input type="checkbox"/>		

(bei zwei Begriffen: Bitte zutreffenden Begriff einkreisen)

**Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?** (Eltern, Geschwister, Kinder)

Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>	Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>
Ekzem / Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>
Hohe Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Magengeschwüre	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	Gallen- / Nierensteine	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:			
<input type="checkbox"/>			

**Kinderkrankheiten** (z. B. Masern, Scharlach, Diphtherie, Poliomyelitis)

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

**Bestand bei Ihnen eine COVID 19 Infektion?** Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**COVID-19-Impfung?** Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**