

# Anamnesebogen

Bitte kreuzen Sie bei zutreffender Aussage an

# LUNGENPRAXIS

FLENSBURG

## Allgemeine Informationen

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Aktueller Beruf: \_\_\_\_\_

Ehemaliger Beruf: \_\_\_\_\_

Beschwerden: \_\_\_\_\_

Seit wann: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Atemnot in Ruhe     Atemnot bei Belastung     Brustschmerzen     nächtliche Atemnot

Husten     Auswurf    Farbe: \_\_\_\_\_

Pfeifendes Atemgeräusch:     ja     nein

Familiäre Allergie/Asthma:     ja     nein

Nasenpolypen/ Nasenpolypen-OP:     ja     nein

Waren Sie ein Frühchen:     ja     nein

Wann und wo war Ihr letztes Lungenröntgen? \_\_\_\_\_

Raucher:     ja     nein     ehemaliger Raucher

Wie viele Zigaretten pro Tag: \_\_\_\_\_ Seit wie vielen Jahren: \_\_\_\_\_

Schnarchen     Atemaussetzer     Tagesschlaftrigkeit

Schlechte Schlafqualität     Konzentrationsprobleme     Sekundenschlaf

Allergien: \_\_\_\_\_

Heuschnupfen:     ja     nein

Tierkontakt     Nasennebenhöhlenerkrankung     Hauterkrankungen

## Vorerkrankungen

Vorhofflimmern     Koronare Herzerkrankungen     Herzinfarkt

Bluthochdruck     Niereninsuffizienz     Schilddrüsenerkrankung

Diabetes    Weitere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Operationen: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Unverträglichkeit Medikamente: \_\_\_\_\_