

# 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   ☐ Tagesschläfrigkeit

☐ 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: \_\_\_\_\_