

Name: _____

Vorname: _____

Geb.Dat.: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____



Anamnesebogen

Dr. Michael Vornlachner

1. Aktuelle Beschwerden

Luftnot: *in Ruhe* *bei Belastung* *immer* *gelegentlich*

Husten: *mit Auswurf* *trockener Reizhusten*

Auswurf *weißlich* *gelb/grün* *blutig*
 viel *mäßig* *wenig*

Schmerzen im Brustkorb? *Ja* *Nein*

Wo? _____

Fieber? *Ja* *Nein*

Nachtschweiß? *Ja* *Nein*

Abgeschlagenheit, verminderte Leistungsfähigkeit *Ja* *Nein*

Tagesmüdigkeit? *Ja* *Nein*

Konzentrationsstörungen? *Ja* *Nein*

Sodbrennen? *Ja* *Nein*

Schnarchen? *Ja* *Nein*

Nächtliche Atemaussetzer? *Ja* *Nein*

Gewichtsverlust? *Ja* *Nein*

bei Ja, wieviel kg in _____ Wochen? _____

Andere Beschwerden? Welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? *Ja* *Nein*

2. Welche Allergien haben Sie? *Keine Allergien bekannt*

Auf Medikamente? Welche? _____

z.B.: Schmerzmittel, vor allem Aspirin

Auf Nahrungsmittel? Welche? _____

Heuschnupfen/Tiere? Welche? _____

Wurde bereits ein Allergietest durchgeführt? *Ja* *Nein*

Wenn Ja, wann und wo? _____

Wurde eine Hyposensibilisierungsbehandlung durchgeführt? *Ja* *Nein*

Wenn Ja, wann und wo? _____

3. Besteht Kontakt zu Haus- od. Nutztieren?

Ja Nein

Wenn Ja, zu welchen?

4. Sind familiäre Erkrankungen bekannt?

Ja Nein

Wenn Ja, welche?

v.a. Lungenfibrose, Allergien, vererbte Erkrankungen

5. Was haben Sie beruflich gemacht /machen Sie z.Zt. beruflich?

Beruf(e) notieren

Bestand jemals Kontakt zu Asbest, Steinstaub od. andere Schadstoffe?

Ja Nein

Wenn Ja, Wo und Wann?

6. Welche Medikamente nehmen Sie ein (alle Medikamente)?

7. Welche Vorerkrankungen haben Sie/ sind Ihnen bekannt?

8. Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt?

(z.B. an der Lunge)

9. Rauchen Sie jetzt?

Ja Nein

Ja, ca. Zigaretten am Tag / seit Jahren.

10. Haben Sie jemals geraucht?

Ja Nein

Ja, ca. Zigaretten am Tag / über insgesamt Jahre.

Aufgehört vor Jahren.

11. Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Ja Nein

Wenn Ja, wieviel täglich?

12. Letzte Röntgenaufnahme der Lunge?

Wenn Ja, wann?

Datum:

Unterschrift: