



**Dr. med. Andreas Deimling**  
**Dr. med. Barbara Volger**

Innere Medizin  
Pneumologie  
Allergologie  
Medizinische Begutachtung  
Schlafmedizin

Schwarzer Weg 4  
24837 Schleswig  
Tel. 04621 – 24434  
Fax 04621 – 24099  
www.Lungenpraxis-Schleswig.de

## Fragebogen zur Krankengeschichte

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Wir bitten Sie, alle nachstehenden Fragen sorgfältig zu beantworten. Die Fragen können zwar das persönliche Gespräch nicht ersetzen, es jedoch wesentlich erleichtern.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

### Welche Beschwerden haben Sie (bitte genaue Angaben)?

- Kurzatmigkeit bei Belastung, seit \_\_\_\_\_
- nächtliche Atembeschwerden (Husten, Luftnot), wie oft pro Woche? \_\_\_\_\_
- Husten, seit \_\_\_\_\_
- Sodbrennen
- Schnupfen, Niesen, verstopfte Nase
- Heiserkeit, seit \_\_\_\_\_
- Fieber, seit \_\_\_\_\_ wie hoch? \_\_\_\_\_
- Brustkorbschmerzen, seit \_\_\_\_\_
- Schnarchen
- schlechte Schlafqualität
- Engegefühl im Brustkorb
- Auswurf, Farbe \_\_\_\_\_
- Probleme mit den Nasennebenhöhlen
- ganzjährig
- Sommer
- Winter
- Nachtschweiß
- Gewichtsabnahme
- in Ruhe
- bei Belastung
- Atempausen beobachtet?
- Müdigkeit während des Tages

### Welche der nachfolgend genannten Erkrankungen sind bei Ihnen bisher aufgetreten (bitte Jahreszahl angeben)?

- Schlafapnoe \_\_\_\_\_
- Bluthochdruck \_\_\_\_\_
- Herzinfarkt, koronare Herzkrankheit, Stent \_\_\_\_\_
- Schlaganfall \_\_\_\_\_
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) \_\_\_\_\_
- Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre \_\_\_\_\_
- Nierenkrankheiten \_\_\_\_\_
- Krebs \_\_\_\_\_
- Tuberkulose \_\_\_\_\_
- Rheuma \_\_\_\_\_

### **OPERATIONEN:**

Was?

Wann?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Bitte wenden**

**Wurde bei Ihnen jemals eine Allergie festgestellt?**

Nein  Ja, gegen \_\_\_\_\_

Wann wurde zuletzt ein Test durchgeführt? \_\_\_\_\_ Durch wen? \_\_\_\_\_

Kommen in der Familie Asthma, Neurodermitis oder Heuschnupfen vor?

Nein  Ja, Details \_\_\_\_\_

Bestehen Unverträglichkeiten gegenüber bestimmten Medikamenten?

Nein  Ja, gegen \_\_\_\_\_

**Wann wurde bei Ihnen zum letzten Mal die Lunge geröntgt?** \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**

Nein, nie  Nein, nicht mehr seit \_\_\_\_\_  Ja

In welchem Jahr haben Sie mit dem Rauchen angefangen? \_\_\_\_\_

Wie viele Zigaretten rauchen bzw. rauchten Sie maximal am Tag? \_\_\_\_\_

Wie viele Zigaretten rauchen bzw. rauchten Sie wenigstens am Tag? \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente (auch Sprays) nehmen Sie zurzeit ein?**

Name des Medikaments      Dosis                              Name des Medikaments      Dosis

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Haben Sie Haustiere?**

Ja, welche, seit wann? \_\_\_\_\_  Nein

**Besteht ...**

Schwangerschaft?  Hepatitis B oder C?  HIV-Infektion?

**Welchen Beruf üben bzw. übten Sie aus?**

\_\_\_\_\_ berentet seit \_\_\_\_\_

**Welche weiteren Angaben sind aus Ihrer Sicht für die Behandlung wichtig?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Und überhaupt ...**

**➡ Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

Empfehlung, durch wen? \_\_\_\_\_

Internet  Sonstiges, Details: \_\_\_\_\_

**➡ Ich interessiere mich für Angebote zu**

Tabakentwöhnung  Gewichtsnormalisierung  Bewegung und Sport

(24837 Schleswig, Datum)

(Unterschrift)