

## 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)?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit bei Belastung, seit _____                                | <input type="checkbox"/> Engegefühl im Brustkorb  |
| <input type="checkbox"/> nächtliche Atembeschwerden (Husten, Luftnot), wie oft pro Woche? _____ |   |
| <input type="checkbox"/> Husten, seit _____   | <input type="checkbox"/> Auswurf, Farbe _____   |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen   | <input type="checkbox"/> Probleme mit den Nasennebenhöhlen  |
| <input type="checkbox"/> Schnupfen, Niesen, verstopfte Nase                                     | <input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> Sommer <input type="checkbox"/> Winter |
| <input type="checkbox"/> Heiserkeit, seit _____   | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme                      |
| <input type="checkbox"/> Fieber, seit _____ wie hoch? _____                                     |   |
| <input type="checkbox"/> Brustkorbschmerzen, seit _____   | <input type="checkbox"/> in Ruhe <input type="checkbox"/> bei Belastung                             |
| <input type="checkbox"/> Schnarchen   | <input type="checkbox"/> Atempausen beobachtet?   |
| <input type="checkbox"/> schlechte Schlafqualität   | <input type="checkbox"/> 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?**

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

**Nehmen Sie am DMP-Programm Asthma oder COPD teil ...**

- Nein                       Ja, welcher Arzt hat Sie eingeschrieben? \_\_\_\_\_

**Und überhaupt ...**



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

- Empfehlung, durch wen? \_\_\_\_\_  
 Internet                       Sonstiges, Details: \_\_\_\_\_



**Ich interessiere mich für Angebote zu**

- Gewichtsnormalisierung                       Bewegung und Sport

(Ort, Datum)

Anamnese Neu 20-02-11

(Unterschrift)

