

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

Ich bin mit meinem Körpergewicht zufrieden Ja Nein

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

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

OPERATIONEN:

Was? Wann?

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? _____

Ich möchte aufhören zu rauchen Ja Nein

Ich bin an Tabakentwöhnung interessiert Ja Nein

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Name des Medikaments	Dosis
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Haben Sie Haustiere?

O Ja, welche, seit wann? _____ O Nein

Besteht ...

O Schwangerschaft? O Hepatitis B oder C? O HIV-Infektion?

Welchen Beruf üben bzw. übten Sie aus?

_____ berentet seit _____

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

Leipzig, den

(Datum) (Unterschrift)