

ANAMNESEBOGEN

Patientenname: _____ Geburtsdatum: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

durch die Erhebung Ihrer medizinischen Anamnese erhalten wir wichtige Informationen, um Ihnen die bestmögliche Versorgung zu bieten. Bitte kreuzen Sie an!

Welche der folgenden Beschwerden bestehen bei Ihnen aktuell?

Husten	☐ Ja	☐ Nein
Auswurf	☐ Ja	☐ Nein
Luftnot	☐ Ja	☐ Nein
Auffällige Atemgeräusche	☐ Ja	☐ Nein
Gewichtsverlust	☐ Ja	☐ Nein
Fieber	☐ Ja	☐ Nein
Nachtschweiß	☐ Ja	☐ Nein
Schmerzen	☐ Ja	☐ Nein
Schwäche	☐ Ja	☐ Nein
Appetitlosigkeit	☐ Ja	☐ Nein

Rauchen Sie?

Nie-Raucher*in ☐ Ex-Raucher*in ☐ Aktivraucher*in ☐

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Welchen Beruf üben Sie aktuell aus? _____

Haben Sie Haustiere oder regelmäßig Kontakt zu Tieren? ☐ Ja ☐ Nein

Leiden Sie an Allergien? ☐ Ja ☐ Nein

Wurde schon mal ein Allergietest durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein , wann _____

Wurde schon mal eine Hypo-/Desensibilisierung durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein

Welche der folgenden Impfungen haben Sie? Und wann wurden diese zuletzt durchgeführt?

Grippe (Influenza)	_____
SARS-CoV-2 (COVID-19)	_____
RSV	_____
Pneumokokken	_____
Tetanus, Polio, Diphtherie, Pertussis (Keuchhusten)	_____
Gürtelrose (Herpes Zoster)	_____

Wurde schon mal eine Bildgebung der Lunge bei Ihnen gemacht? Wenn ja, wann?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Röntgen ☐ Computertomographie Wann? _____