



Anamnesebogen

Name:	Vorname:	Geb.:
Größe/ Gewicht:		
Hausarzt/ weitere Ärzte:		

Wegen welcher Beschwerden kommen Sie?

	Ja	Nein	
Haben Sie Atemnot?			
Atemnot bei Belastung?			
Atemnot nachts oder in Ruhe?			
Husten Sie?			
Haben Sie Auswurf?			Farbe? Blutig?
Haben Sie Fieber?			
Haben Sie Schmerzen in der Brust?			In Ruhe? <input type="radio"/> bei Belastung? <input type="radio"/>
Haben Sie in den letzten 4 Wochen Gewicht zugenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wie viel?
Gewicht abgenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Haben Sie eine ansteckende Erkrankung? Welche? Haben sie multiresistente Keime ?			
Schwitzen Sie nachts viel? (Nachtschweiß)			
Haben Sie Heuschnupfen ?			In welchen Monaten?
Haben Sie Allergien gegen Medikamente ?			Welche?
Haben Sie Haustiere ?			Welche?
Haben Sie Wasser in den Beinen/ Knöcheln?			
Wie häufig stehen sie nachts auf zum WC?			mal

	Ja	Nein	
Haben Sie Sodbrennen?			
Haben Sie häufig Probleme mit den Nasenebenhöhlen?			
Haben Sie einen hohen Blutdruck?			
Sind Herzerkrankungen bekannt?			
Haben Sie mal geraucht ?			
Rauchen Sie jetzt noch?			Wie viele?
Haben Sie einen Diabetes mellitus („Zucker“)?			
Sind Sie häufig müde und kaputt?			
Schnarchen Sie und/ oder haben Sie Atemaussetzer?			
Haben Sie „unruhige Beine“ in der Nacht?			
Haben Sie Gelenksbeschwerden?			Welche Gelenke?
Waren Sie schon jemals in ihrem Leben im Krankenhaus? Warum?			
Weitere Erkrankungen (Leber, Niere, Haut)?			
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?			
Welchen Beruf üben/ übten Sie aus? Gibt es einen Zusammenhang mit Ihren Beschwerden?			
Möchten Sie eine Kopie von diesem Bogen?	Ja	O	Nein O

Datum: _____ Unterschrift: _____

Telefonnr.: _____ Handynr.: _____

e-Mail: _____