	Formular	Änder-Stand 00 03.09.2018	F-33
	Fragebogen zur Krankengeschichte	Seite 1/2	

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: _____ geb.: _____

Welche Beschwerden haben Sie (bitte genaue Angaben)?

- Kurzatmigkeit bei Belastung Kurzatmigkeit in Ruhe Engegefühl im Brustkorb
- nächtliche Atembeschwerden (Husten, Luftnot), wie oft pro Woche? _____
- Husten, seit _____ Auswurf, Farbe _____
- Sodbrennen Probleme mit den Nasennebenhöhlen
- Schnupfen, Niessen, 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


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?

	Formular	Änder-Stand 00 03.09.2018	F-33
	Fragebogen zur Krankengeschichte	Seite 2/2	

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 durchschnittlich am Tag? _____

Welche Medikamente (auch einzuatmende Medikamente) nehmen Sie zurzeit ein?

Name des Medikamentes	Dosis	Name des Medikamentes	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?
