



Patienten Fragebogen / Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient, wir freuen uns, dass Sie zu uns in die Praxis gekommen sind. Damit wir die Behandlung Ihres Gesundheitszustandes bestmöglich anpassen können bitten wir Sie diesen Fragebogen nach besten Wissen auszufüllen, nehmen Sie sich Zeit, die nachfolgenden Fragen zu beantworten, sollte Ihnen eine Frage unverständlich sein, lassen Sie diese zunächst offen. Später wird Ihnen eine der Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Den ausgefüllten, unterschriebenen Bogen händigen Sie mir bitte beim Erstkontakt aus. Natürlich werden Ihre Angaben streng vertraulich nach der DSGVO behandelt und an niemanden weitergegeben!

Name, Vorname :	Adresse:
Telefon / Mobil :	Geburtsdatum :
Körpergröße / Körpergewicht	Datum:

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie (Mutter, Vater, Geschwister, Kinder) bekannt?

- Herzkrankheit /Herzinfarkt Ja welche / bei wem? _____
- Atemwegserkrankung (Bsp. Asthma) Ja welche / bei wem? _____
- Lungenerkrankung (Bsp. Embolie) Ja welche / bei wem? _____
- Allergien (Bsp. Heuschnupfen) Ja welche / bei wem? _____
- Krebs, (Bsp. Lungenkrebs) Ja welche / bei wem? _____
- Blutkrankheiten (Bsp. Thrombose) Ja welche / bei wem? _____
- andere Erkrankung Ja welche / bei wem? _____
- keine Erkrankung in der Familie Ja



Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

- | | | | | |
|---------------------|-------|--------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Keine | Ja | <input type="checkbox"/> | | |
| Diabetes | Ja | <input type="checkbox"/> | Schwindelanfälle | Ja <input type="checkbox"/> |
| Blutungsneigung | Ja | <input type="checkbox"/> | Herzkrankheit | Ja <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck | Ja | <input type="checkbox"/> | Herzinfarkt. | Ja <input type="checkbox"/> |
| Cholesterin zu hoch | Ja | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall. | Ja <input type="checkbox"/> |
| Magenerkrankung | Ja | <input type="checkbox"/> | Gicht. | Ja <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung | Ja | <input type="checkbox"/> | Rheuma | Ja <input type="checkbox"/> |
| Darmerkrankung | Ja | <input type="checkbox"/> | Asthma, chron. Bronchitis | Ja <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung | Ja | <input type="checkbox"/> | Anfallsleiden | Ja <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüse | Ja | <input type="checkbox"/> | psychische Erkrankung | Ja <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose | Ja | <input type="checkbox"/> | Hautkrankheiten. | Ja <input type="checkbox"/> |
| Krebs. | Ja | <input type="checkbox"/> | Allergien | Ja <input type="checkbox"/> |
| Welche Art? | _____ | | Welche? | _____ |

In welcher fachärztlicher Behandlung befinden Sie sich regelmäßig?

- Lungenarzt Orthopäde Urologe Kardiologe
- Neurologe Hämatologe weitere: _____

Welche Operationen hatten Sie?



Pulmologische Praxis Dr. med. Susanne Riese

Bölschestraße 1a, 39104 Magdeburg, Tel. 0391 – 5410465, Fax. 0391 - 5977814

Keine. Ja Herz-OP. Ja Brust-OP Ja

Gefäß-OP. Ja Gebärmutter-OP Ja Krebs-OP. Ja

Mandeln-OP Ja Schilddrüse-OP Ja Blinddarm-OP. Ja

Sonstige Operationen: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und wie oft? Ja

Fragen zur Röntgen Untersuchung

Wann war Ihre letzte Röntgen Untersuchung am Brustkorb (Thorax)? _____

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

Tragen Sie Körperschmuck (Piercing o. Ä. am Oberkörper)? Ja Nein

Tragen Sie metallische Implantate am Oberkörper? Ja Nein

Nur für weibliche Patienten!

Sind Sie schwanger oder besteht die Wahrscheinlichkeit? Ja Nein

Hinweis nach DSGVO : Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar