



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:

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

- Keine Ja Nein
- Diabetes Ja Nein Schwindelanfälle Ja Nein
- Blutungsneigung Ja Nein Herzkrankheit Ja Nein
- Bluthochdruck Ja Nein Herzinfarkt. Ja Nein
- Cholesterin zu hoch Ja Nein Schlaganfall. Ja Nein
- Magenerkrankung Ja Nein Gicht. Ja Nein
- Nierenerkrankung Ja Nein Rheuma Ja Nein
- Darmerkrankung Ja Nein Asthma, chron. Bronchitis Ja Nein
- Lebererkrankung Ja Nein Anfallsleiden Ja Nein
- Schilddrüse Ja Nein psychische Erkrankung Ja Nein
- Tuberkulose Ja Nein Hautkrankheiten. Ja Nein



Pulmologische Praxis Dr. med. Susanne Riese

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

Krebserkrankung Ja Nein Allergien Ja Nein

Welche Art? _____ Welche? _____

In welcher fachärztlicher Behandlung befinden Sie sich regelmäßig?

Lungenarzt Orthopäde Urologe Kardiologe

Neurologe Hämatologe weitere: _____

Welche Operationen hatten Sie?

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