



## 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

Krebs. 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

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**

## 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? \_\_\_\_\_

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

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

Sonstige Operationen: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_