



Ärztehaus Kastanienallee / Lungenpraxis Strausberg

Anamnesebogen für Neupatienten

Liebe Patient:innen, um Sie optimal betreuen zu können, möchten wir Sie bitten, folgende **zwei Seiten** auszufüllen. Ihre Ärztin / Ihr Arzt wird die Angaben später mit Ihnen durchgehen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Persönliche Daten

Vorname: _____ Name: _____ Alter: _____ Jahre

Geschlecht: weiblich männlich divers / unbestimmt

Telefon / Handy: _____ Mail: _____

Größe / Gewicht: _____ cm / _____ kg Zunahme Abnahme im letzten Jahr?

1 Waren Sie bereits in lungenfachärztlicher Behandlung? ja nein

Name der Praxis: _____ Letzter Besuch: _____

Grund der Vorstellung

Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten? _____

Haben sich die Beschwerden in den letzten Monaten verändert? _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? _____ Seit wann (Jahr)? _____

Haben Sie früher geraucht? ja nein Wenn ja, bis wann und wieviel _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein Wenn ja, wieviel pro Woche? _____

Konsumieren Sie regelmäßig (bitte ankreuzen) Vapes eZigaretten Marihuana

Haben Sie Haustiere? Wenn ja, welche und seit wann? _____

Sind Sie regelmäßig körperlich aktiv (mind. 3 x 30 Minuten pro Woche)? ja nein

Sind Allergien bekannt? _____

Wann und wo fand die letzte Röntgenaufnahme der Lunge statt? _____

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Asthma bronchiale COPD Neurodermitis Heuschnupfen Rheuma

Bluthochdruck Diabetes Herzschwäche / KHK Schlaganfall

Schlafapnoe Restless legs Syndrom

Augenerkrankungen, wenn ja, welche_____

Krebserkrankung, wenn ja, welche_____

Psychische Erkrankungen, wenn ja, welche_____

Neurologische Erkrankungen, wenn ja, welche_____

Infektionserkrankungen, wenn ja, welche_____

Familienanamnese

Asthma bronchiale COPD Neurodermitis Heuschnupfen

Haben Sie in den letzten 5 Jahren folgende **Impfungen erhalten? (Zutreffendes ankreuzen)**

Pneumokokken RSV Influenza (saisonale Grippe) Gürtelrose

2 Ich bin mir nicht sicher. Gern prüfen unsere Arzthelferinnen Ihren Impfpass.

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig verschreibungspflichtige Medikamente? ja nein

Sozialanamnese

Familienstand: Single Partnerschaft verheiratet verwitwet

Beruf / aktuelle Tätigkeit / ehemaliger Beruf:_____

Sind Sie erwerbslos berentet / pensioniert im Vorruhestand

Besteht bei Ihnen ein Pflegegrad? nein ja, Grad_____

Besteht bei Ihnen ein Grad der Behinderung? nein ja, Grad_____

Werden Sie durch eine Hauskrankenpflege unterstützt? nein ja, _____

Datum & Unterschrift:_____

Bei Minderjährigen < 16. Lebensjahr bitten wir um Unterschrift durch die / den Erziehungsberechtigten.