



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?

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

☐ 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.