

Pneumologische Praxis Dr. med. Beckmann

<http://www.internistenteam.de>

Praxisgemeinschaft Internistenteam
Nordenmauer 18
59174 Kamen

Tel.Nr.: 02307-2899000

Fax: 02307-17072

E-Mail: office@internistenteam.de

Fragebogen zur Krankengeschichte

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir bitten Sie, alle nachstehenden Fragen sorgfältig zu beantworten. Die Fragen können zwar das persönliche Gespräch nicht ersetzen, es jedoch wesentlich erleichtern.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Welche Beschwerden haben Sie (bitte genaue Angaben)?

- Kurzatmigkeit bei Belastung, seit _____
- Engegefühl im Brustkorb
- Nächtliche Atembeschwerden (Husten, Luftnot), wie oft pro Woche? _____
- Husten, seit _____ Auswurf, Farbe _____
- Sodbrennen Probleme mit den Nasennebenhöhlen
- Schnupfen, Niesen, verstopfte Nase ganzjährig Sommer Winter
- Heiserkeit, seit _____ Nachtschweiß Gewichtsabnahme
- Fieber, seit _____ wie hoch? _____
- Brustkorbschmerzen, seit _____ in Ruhe bei Belastung
- Schnarchen Atempausen beobachtet?
- schlechte Schlafqualität Müdigkeit während des Tages

Welche der nachfolgend genannten Erkrankungen sind bei Ihnen bisher aufgetreten (bitte Jahreszahl angeben)?

Schlafapnoe _____

- Bluthochdruck _____
- Herzinfarkt, koronare Herzkrankheit, Stent _____
- Schlaganfall _____
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) _____
- Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre _____
- Nierenkrankheiten _____
- Krebs _____
- Tuberkulose _____
- Rheuma _____

OPERATIONEN:

Was? Wann?

Wurde bei Ihnen jemals eine Allergie festgestellt?

- Nein Ja, gegen _____

Wann wurde zuletzt ein Test durchgeführt? _____ Durch wen? _____

Kommen in der Familie Asthma, Neurodermitis oder Heuschnupfen vor?

- Nein Ja, Details _____

Bestehen Unverträglichkeiten gegenüber bestimmten Medikamenten?

- Nein Ja, gegen _____

Wann wurde bei Ihnen zum letzten Mal die Lunge geröntgt? _____

Rauchen Sie?

- Nein, nie Nein, nicht mehr seit _____ Ja

In welchem Jahr haben Sie mit dem Rauchen angefangen? _____

Wie viele Zigaretten rauchen bzw. rauchten Sie maximal am Tag? _____

Wie viele Zigaretten rauchen bzw. rauchten Sie wenigstens am Tag? _____

Welche Medikamente (auch Sprays) nehmen Sie zurzeit ein?

Name des Medikaments	Dosis

Haben Sie Haustiere?

Ja, welche, seit wann? _____ Nein

Besteht...

Schwangerschaft? Hepatitis B oder C? HIV-Infektion?

Welchen Beruf üben bzw. übten Sie aus?

_____ berentet seit _____

Welche weiteren Angaben sind aus Ihrer Sicht für die Behandlung wichtig?

Nehmen Sie am DMP-Programm Asthma oder COPD teil ...

Nein Ja, welcher Arzt hat Sie eingeschrieben? _____

Und überhaupt ...

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung, durch wen? _____

Internet Sonstiges, Details: _____

Ich interessiere mich für Angebote zu

(Ort, Datum) (Unterschrift)