

Fragebogen zur Krankheitsgeschichte

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

wir bitten Sie alle nachstehenden Fragen sorgfältig zu beantworten.

Die Fragen können zwar das persönliche Gespräch nicht ersetzen, es jedoch wesentlich erleichtern.

Name, Vorname : _____

Geb. Datum : _____

Telefonnummer : _____

Größe : _____ cm Gewicht : _____ kg Raucher : Ja (Zigaretten am Tag _____) Nein

Beruf : _____

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 _____
- Gewichtszunahme _____
- Fieber, seit _____
- Brustkorbschmerzen, seit _____ in Ruhe in Belastung
- Schnarchen Atempausen beobachtet? _____
- schlechte Schlafqualität _____
- Müdigkeit während des Tages _____

Welche der nachfolgenden Erkrankungen sind bei Ihnen bisher aufgetreten

(bitte Jahreszahl mit angeben)

- Corona _____ genesen seit _____
- Schlafapnoe _____
- Bluthochdruck _____
- Herzinfarkt, koronare Herzkrankheit, Stent _____
- Schlaganfall _____
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) _____
- Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür _____
- Nierenkrankheiten _____
- Krebs _____
- Tuberkulose _____
- Rheuma _____

Corona Impfstatus

Ungeimpft Geimpft, _____ mal, letzte Impfung am _____

Operationen

Was

Wann

Wurde bei Ihnen jemals eine Allergie festgestellt?

Nein Ja, gegen _____

Wann wurde der letzte 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 ?

Wann: _____

Welche aktuellen Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein:

(Name des Medikamentes und Dosierung)

Besteht zur Zeit ...

... Schwangerschaft? ... Hepatitis B oder C? ... HIV-Infektion ... Corona-Infektion

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung Internet Sonstiges _____

Hiermit gestatte Ich, der Praxis Dr.Seeger, mich telefonisch und postalisch zu kontaktieren.

Datum, Ort

Unterschrift