

## 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