

Fragebogen zur Krankengeschichte



Dr. med. Semira Hein

Internistisch-Pneumologische Praxis

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.

Dr. med. Semira Hein

Dr. med. René Haker

Rosa-Luxemburg-Str. 35

18055 Rostock

T: 0381/25771, F: 0381/490 9119

kontakt@pneumologie-rostock.de

www.pneumologie-rostock.de

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Größe: _____

E-Mail: _____

Gewicht: _____

Erlerner Beruf: _____

Schwangerschaft/
Schwangerschaftswoche: _____

Jetziger Beruf: _____

Arbeiten Sie mit gesundheitsgefährdenden Stoffen? Welche?: _____

Welche Beschwerden haben Sie? Bitte machen Sie genaue Angaben.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit bei Belastung, seit _____ | <input type="checkbox"/> Luftnot in Ruhe |
| <input type="checkbox"/> nächtliche Atembeschwerden (Husten, Luftnot), wie oft pro Woche? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Husten, seit _____ | <input type="checkbox"/> Auswurf, Farbe _____ |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Probleme mit den Nasennebenhöhlen |
| <input type="checkbox"/> Schnupfen, Niesen, verstopfte Nase | <input type="checkbox"/> O ganzjährig <input type="checkbox"/> Sommer <input type="checkbox"/> Winter |
| <input type="checkbox"/> Heiserkeit, seit _____ | <input type="checkbox"/> O Nachtschweiß <input type="checkbox"/> O Gewichtsabnahme |
| <input type="checkbox"/> Fieber, seit _____ wie hoch? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen bzw. Engegefühl im Brustkorb, seit _____ | <input type="checkbox"/> O in Ruhe <input type="checkbox"/> O bei Belastung |
| <input type="checkbox"/> Schnarchen | <input type="checkbox"/> O Atempausen beobachtet? |
| <input type="checkbox"/> schlechte Schlafqualität | <input type="checkbox"/> O Müdigkeit während des Tages |

Welche der nachfolgend genannten Erkrankungen sind bei Ihnen bisher aufgetreten? Bitte kreuzen Sie an:

- | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------|-------|
| Asthma | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | seit wann? | _____ |
| COPD | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | seit wann? | _____ |
| Lungenerkrankung (Kindheit) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | seit wann? | _____ |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | seit wann? | _____ |
| Herzkrankheit/Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | seit wann? | _____ |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | seit wann? | _____ |
| Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | seit wann? | _____ |
| Hautkrankheiten/
Neurodermitis | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | seit wann? | _____ |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | seit wann? | _____ |
| Schlafstörung/Schlafapnoe | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | seit wann? | _____ |
| Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | seit wann? | _____ |
| Anfallsleiden/Epilepsie | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | seit wann? | _____ |
| Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | seit wann? | _____ |
| Psychische Erkrankung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | seit wann? | _____ |
| HIV/Aids/Hepatitis | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | seit wann? | _____ |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | seit wann? | _____ |
| Operationen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | seit wann? | _____ |

Andere: _____

Bitte wenden

Wurde eine Röntgenaufnahme der Lunge gemacht? Wann? Wo? Ergebnis?

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein (auch Sprays)?

Name des Medikaments Dosis

Name des Medikaments Dosis

Leiden Sie an Allergien/Heuschnupfen?

Nein Ja, gegen _____
Wann wurde zuletzt ein Test durchgeführt? _____ Durch wen? _____

Ist bei Ihnen bereits eine Allergie-Impfung (Hyposensibilisierung) durchgeführt worden? Wenn ja bei welchem Arzt? Wann und wie lange?

Nein Ja, Details: _____

Bestehen Unverträglichkeiten gegenüber bestimmten Medikamenten/Nahrungsmitteln?

Nein Ja, gegen _____

Haben Sie Tierkontakte?

Nein Ja, welche, seit wann? _____

Rauchen Sie?

Nein, nie Nein, nicht mehr seit _____ Ja
Wie viele Jahre rauchen Sie/haben Sie geraucht? _____
Wie viele Zigaretten rauchen bzw. rauchten Sie durchschnittlich am Tag? _____
E-Zigarette Ja Nein

Gibt/Gab es in der Familie folgende Erkrankungen? Bei wem?

Asthma Allergien Neurodermitis
 Chronische Bronchitis Tuberkulose Heuschnupfen
 COPD Andere Lungenerkrankungen

Nehmen Sie am DMP-Programm Asthma oder COPD teil?

Nein Ja, welcher Arzt hat Sie eingeschrieben? _____
 Wünschen Sie zu diesem Thema Informationen? Sprechen Sie uns bitte an!

Wir bitten um die Angabe des Hausarztes bzw. weiterer Ärzte.

Hiermit bestätige ich, dass ich über die Datenschutzrichtlinien nach Art. 9 Abs. 2 EU-DSGVO aufgeklärt wurde, und stimme diesen zu.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)