

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: 0381/257 71, 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.

- | | |
|---|---|
| ☐ Kurzatmigkeit bei Belastung, seit _____ | ☐ Luftnot in Ruhe |
| ☐ 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? _____ | |
| ☐ Schmerzen bzw. Engegefühl im Brustkorb, 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 kreuzen Sie an:

Asthma	☐ nein	☐ ja	seit wann?	_____
COPD	☐ nein	☐ ja	seit wann?	_____
Lungenerkrankung (Kindheit)	☐ nein	☐ ja	seit wann?	_____
Bluthochdruck	☐ nein	☐ ja	seit wann?	_____
Herzkrankheit/Herzinfarkt	☐ nein	☐ ja	seit wann?	_____
Schlaganfall	☐ nein	☐ ja	seit wann?	_____
Diabetes mellitus	☐ nein	☐ ja	seit wann?	_____
Hautkrankheiten/ Neurodermitis	☐ nein	☐ ja	seit wann?	_____
Tuberkulose	☐ nein	☐ ja	seit wann?	_____
Schlafstörung/Schlafapnoe	☐ nein	☐ ja	seit wann?	_____
Nierenerkrankung	☐ nein	☐ ja	seit wann?	_____
Anfallsleiden/Epilepsie	☐ nein	☐ ja	seit wann?	_____
Tumorerkrankungen	☐ nein	☐ ja	seit wann?	_____
Psychische Erkrankung	☐ nein	☐ ja	seit wann?	_____
HIV/Aids/Hepatitis	☐ nein	☐ ja	seit wann?	_____
Rheuma	☐ nein	☐ ja	seit wann?	_____
Operationen	☐ nein	☐ ja	seit wann?	_____
Andere:				_____

Bitte wenden



Wurde eine Röntgen- oder CT-Aufnahme 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 ☐ Gelegenheitsraucher

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? (blutsverwandt)

☐ Asthma	☐ Allergien	☐ Neurodermitis
☐ Chronische Bronchitis (COPD)	☐ Tuberkulose	☐ Heuschnupfen
☐ Tumorerkrankung	☐ Lungenfibrose	

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)