

Fragebogen zur Krankengeschichte



Dr. med. Semira Hein

Internistisch-Pneumologische Praxis

Dr. med. Semira Hein

Dr. med. Jenny Mekler

Zusatzbezeichnung Schlafmedizin
(Angestellte Ärztin)

Rosa-Luxemburg-Str. 35

18055 Rostock

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

kontakt@pneumologie-rostock.de

www.pneumologie-rostock.de

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: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Erlerner Beruf: _____

Jetziger Beruf: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Schwangerschaft/
Schwangerschaftswoche: _____

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

Welche der nachfolgend genannten Erkrankungen sind bei Ihnen bisher aufgetreten? Bitte kreuzen Sie an (Ja oder Nein):

- | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------|-------|
| 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 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)

- | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Allergien | <input type="radio"/> Neurodermitis |
| <input type="radio"/> Chronische Bronchitis (COPD) | <input type="radio"/> Tuberkulose | <input type="radio"/> Heuschnupfen |
| <input type="radio"/> Tumorerkrankung | <input type="radio"/> 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)