

Pulmologische Praxis am Hassel

Dr. Susanne Riese, Boelsche Straße 1a, 39104 Magdeburg, Tel. 0391/5410465

Patienten Fragebogen / Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient, wir freuen uns, dass Sie zu uns in die Praxis gekommen sind.

Damit wir die Behandlung Ihres Gesundheitszustandes bestmöglich anpassen können, bitten wir Sie diesen Fragebogen nach bestem Wissen auszufüllen. Nehmen Sie sich Zeit, die nachfolgenden Fragen zu beantworten, sollte Ihnen eine Frage unverständlich sein, lassen Sie diese zunächst offen. Später wird Ihnen eine der Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Den ausgefüllten, unterschriebenen Bogen händigen Sie bitte den Mitarbeiterinnen beim Erstkontakt aus. Natürlich werden Ihre Angaben streng vertraulich nach der DSGVO behandelt und an niemanden weitergegeben!

Name, Vorname:	Adresse:
Telefon / Mobil:	Geburtsdatum:
Körpergröße:	Körpergewicht:

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Keine	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Diabetes	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Schwindelanfälle	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Blutungsneigung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Herzkrankheit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Cholesterin zu hoch	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Schlaganfall	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Magenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Gicht	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Rheuma	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Darmerkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Asthma, chron. Bronchitis	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Anfallsleiden	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüse	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	psychische Erkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Hautkrankheiten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Krebserkrankungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Allergien	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Pulmologische Praxis am Hassel

Dr. Susanne Riese, Boelsche Straße 1a, 39104 Magdeburg, Tel. 0391/5410465

Patienten Fragebogen / Anamnesebogen

In welcher fachärztlichen Behandlung befinden Sie sich regelmäßig?

Lungenarzt Orthopädie Urologie Kardiologie
Neurologie Hämatologie weitere _____

Welche dieser Operationen hatten Sie in den letzten Jahren ?

Keine Herz OP Brust OP

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein

Falls Ja, welche und wie oft ?

Fragen zur Röntgenuntersuchung

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung am Brustkorb (Thorax)? _____

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

Tragen Sie Körperschmuck (Piercing o.ä. am Oberkörper)? Ja Nein

Tragen Sie metallische Implantate im Oberkörper? Ja Nein

Nur für weibliche Patientinnen !

Sind Sie schwanger oder besteht die Wahrscheinlichkeit? Ja Nein

Pulmologische Praxis am Hassel

Dr. Susanne Riese, Boelsche Straße 1a, 39104 Magdeburg, Tel. 0391/5410465

Patienten Fragebogen / Anamnesebogen

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt? (Mutter, Vater, Geschwister, Kinder)

Herzkrankheit / Herzinfarkt	Ja <input type="checkbox"/>	welche Art / bei wem? _____ _____ _____
Atemwegserkrankung (Asthma etc.)	Ja <input type="checkbox"/>	welche Art / bei wem? _____ _____ _____
Lungenerkrankung (Embolie, o.ä.)	Ja <input type="checkbox"/>	welche Art / bei wem? _____ _____ _____
Allergien (Heuschnupfen o.ä.)	Ja <input type="checkbox"/>	welche Art / bei wem? _____ _____ _____
Krebs (Lungenkrebs o.ä.)	Ja <input type="checkbox"/>	welche Art / bei wem? _____ _____ _____
Blutkrankheiten (Thromboseneigung o.ä.)	Ja <input type="checkbox"/>	welche Art / bei wem? _____ _____ _____
andere Erkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	welche Art / bei wem? _____ _____ _____

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten folgende Eingriffe gehabt?

Gefäß OP Ja Gebärmutter OP Ja Krebs OP Ja

Mandel OP Ja Schilddrüse OP Ja Blinddarm OP Ja

Sonstige OPs Ja _____

Datum _____

Unterschrift _____