



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir bitten Sie, die nachstehenden Fragen sorgfältig zu beantworten. Dies kann das persönliche Gespräch nicht ersetzen, aber erleichtern.

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Fachärzte für Innere Medizin,
Pneumologie, Allergologie
und Schlafmedizin

Friedrich-Ebert-Platz 2
58095 Hagen

fon 02331-26073/-76
fax 02331-26079

praxis@pneumologie-im-stadtfenster-hagen.de
www.pneumologie-im-stadtfenster-hagen.de

FRAGEBOGEN KRANKENGESCHICHTE

Welche Beschwerden haben Sie?

- Atemnot bei Belastung, seit _____ Engegefühl im Brustkorb
- nächtliche Atembeschwerden (Husten, Luftnot), _____ pro Woche?
- Husten, seit _____ Auswurf, Farbe _____
- Husten bei z.B. Nebel, Rauch, Kuchendünsten, Temperaturwechsel, Spraygebrauch:

- Sodbrennen Probleme mit den Nasennebenhöhlen
- Schnupfen, Niesen, verstopfte Nase ganzjährig Sommer Winter
- Heiserkeit, seit _____ Nachtschweiß Gewichtsabnahme
- Fieber, seit _____ wie hoch? _____
- Brustkorbschmerzen, seit _____ in Ruhe bei Belastung

Andere Beschwerden:

Welche der nachfolgend genannten Erkrankungen sind bei Ihnen bisher aufgetreten (bitte Jahreszahl angeben)?

- Schlafapnoe _____
- Bluthochdruck _____
- Herzinfarkt, koronare Herzkrankheit, Stent _____
- Schlaganfall _____
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) _____
- Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre _____
- Nierenkrankheiten _____
- Krebs _____
- Tuberkulose _____
- Rheuma _____

Operationen:

Was? Wann? _____

Wurde bei Ihnen jemals eine Allergie festgestellt?

Nein Ja, gegen _____

Wann wurde zuletzt ein 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?

_____ Durch wen? _____

Rauchen Sie?

Nein, nie Nein, nicht mehr seit _____ Ja

In welchem Jahr haben Sie mit dem Rauchen angefangen? _____

Wie viele Zigaretten rauchen bzw. rauchten Sie maximal am Tag? _____

Haben Sie Haustiere?

Ja, welche, seit wann? _____ Nein

Besteht ...

Schwangerschaft? Hepatitis B oder C? HIV-Infektion?

Welchen Beruf üben bzw. übten Sie aus?

_____ berentet seit _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Welche weiteren Angaben sind aus Ihrer Sicht für die Behandlung wichtig?
