

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Damit wir Sie umfassend beraten und behandeln können, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.



pneumologikum am
DR. MED. MARCUS BERKEFELD bürgerpark

Patienten-Anamnesebogen

Name, Vorname: _____ Geb. _____

Anschrift: _____

Telefon- oder Handynummer: _____ E-Mail: _____

Hausarzt: _____ Beruf: _____

Allgemeines:

Rauchen Sie aktuell? Nein Ja, aktuell _____ Zigaretten pro Tag

Haben Sie geraucht Nein, lebenslanger Nichtraucher

ja, bis _____ insgesamt _____ Jahre und tägl. _____ Zigaretten

Sind Sie schwanger? Nein Ja

Hatten Sie eine Covid 19 Infektion? Nein Ja, am _____

Wurden Sie bereits gegen COVID-19 geimpft? Nein Ja

Wenn ja, wann war die letzte Impfung? _____

Welche Beschwerden liegen aktuell bei Ihnen vor?

Husten Atemnot Allergie Schlafstörung Brustschmerzen

andere Beschwerden: _____

Sind bei Ihnen folgende Allergien bekannt?

Antibiotika nein ja welche? _____

Blütenpollen nein ja welche? _____

Hausstaub nein ja welche? _____

Tierhaare nein ja welche? _____

Nahrungsmittel nein ja welche? _____

Andere: _____

Wann wurde der letzte Allergietest durchgeführt? _____

Letzte Röntgenaufnahme der Lunge und Wo? _____

Tierkontakt: nein ja was? _____

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Damit wir Sie umfassend beraten und behandeln können, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.



Sind in der Familie (Eltern, Geschwister, Kinder, etc.) Lungenerkrankungen oder Allergien bekannt?

Wenn ja, welche? _____

Bitte wenden!

Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit wann?	_____
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit wann?	_____
Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit wann?	_____
Infarkt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit wann?	_____
Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit wann?	_____
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit wann?	_____
Hautkrankheit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit wann?	_____
Hepatitis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit wann?	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit wann?	_____
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit wann?	_____
Asthma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit wann?	_____
COPD	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit wann?	_____
Anfallsleiden/Epilepsie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit wann?	_____
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit wann?	_____
Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit wann?	_____
HIV/Aids	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit wann?	_____
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit wann?	_____
Andere:	_____			

Aktuelle Medikamenteneinnahme:

Medikamentenname/ Stärke	Anzahl morgens	Anzahl mittags	Anzahl abends

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.

Bremen, den _____

Unterschrift: _____