



Fragebogen zur Krankheitsgeschichte

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Wir bitten Sie um möglichst vollständige Beantwortung der Fragen. Das ärztliche Gespräch wird dadurch nicht ersetzt, jedoch wesentlich erleichtert.

Herzlichen Dank

Ihr Praxisteam

Datum:

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Bestehen Medikamentenallergien bzw. Unverträglichkeiten? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wogegen?

Leiden Sie an sonstigen Allergien/Heuschnupfen?

☐ Nein ☐ Ja, gegen

Wann wurde der letzte Allergietest durchgeführt?

Wurde bei Ihnen bereits eine Hyposensibilisierung („Allergie-Impfung“) durchgeführt?

☐ Nein ☐ Ja → Wann, wogegen und wie lang?.....

Rauchen Sie aktuell? ☐ Nein ☐ Ja, ca. Zigaretten/ Tag, seit Jahren

Haben Sie früher geraucht?

☐ Nein ☐ Ja, bis....., ca. Zigaretten/ Tag über ca..... Jahre

Wurde bei Ihnen bereits ein Röntgenbild oder eine Computertomographie (CT) der Lunge durchgeführt? ☐ nein ☐ Ja, wann und wo?.....

Nur Frauen: Ist eine Schwangerschaft ausgeschlossen? ☐ ja ☐ nein

Was üben bzw. übten Sie beruflich aus?

Arbeiten Sie mit gesundheitsgefährdenden Stoffen bzw haben Sie damit gearbeitet (z.B. Asbest)? Wenn ja, welche?

Haben Sie Tierkontakte? ☐ nein ☐ Ja, welche und seit wann?.....

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell (auch Inhalationsmittel, „Pille“, Augentropfen)?
Wenn Sie eine Liste haben, zeigen Sie uns diese bitte vor. Ansonsten bitte hier auflisten.

Name des Medikaments	Dosis	morgens/mittags/abends
.....		☐ / ☐ / ☐
.....		☐ / ☐ / ☐
.....		☐ / ☐ / ☐
.....		☐ / ☐ / ☐
.....		☐ / ☐ / ☐
.....		☐ / ☐ / ☐
.....		☐ / ☐ / ☐
.....		☐ / ☐ / ☐
.....		☐ / ☐ / ☐
.....		☐ / ☐ / ☐

Sind Vorerkrankungen bekannt? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Asthma bronchiale | ☐ Bluthochdruck | ☐ Krebserkrankung |
| ☐ COPD oder Lungenemphysem | ☐ Herzinfarkt, koronare Herzkrankheit, Stent | ☐ Lebererkrankung |
| ☐ Lungenfibrose | ☐ Herzinsuffizienz/Herzschwäche | ☐ Nierenerkrankung |
| ☐ Sarkoidose | ☐ Herzklappenfehler | ☐ Rheumaerkrankung |
| ☐ Lungenentzündung | ☐ Herzrhythmusstörungen (z.B. Vorhofflimmern) | ☐ Tuberkulose |
| ☐ Lungenembolie | ☐ Schlaganfall | ☐ HIV |
| ☐ Schlafapnoe | ☐ Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) | ☐ Hepatitis B/C |
| ☐ Probleme mit Nase/Nasennebenhöhlen | ☐ Sodbrennen/Reflux | ☐ Sonstige:..... |
| | | |
| | | |

Wurden bei Ihnen bereits Operationen an **Herz** oder **Lunge** durchgeführt?

☐ nein ☐ ja, was und wann?.....

Gibt/Gab es folgende Krankheiten in Ihrer Familie? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Asthma bronchiale | ☐ Allergien/Heuschnupfen | ☐ Neurodermitis |
| ☐ COPD od. Lungenemphysem | ☐ Lungenkrebs | ☐ Tuberkulose |