



Anamnesebogen

Name:	Vorname:	Alter:
Körpergewicht:	Körpergröße:	
Was sind Sie von Beruf?		
Wer ist Ihr Hausarzt?		
Welche Beschwerden haben Sie? Seit wann?		
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?	Ja <input type="checkbox"/> Seit wann?	Nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Vorerkrankungen?		
Gibt es Lungenerkrankungen in der Familie? Wenn ja, welche?		
Letztes Röntgen/CT der Lunge?		

Treten die Beschwerden zu bestimmten Situationen auf, zum Beispiel:

	Ja	Nein
Jahreszeiten Wann?		
Bei bestimmten Tätigkeiten? Welche?		
Bei intensiven Gerüchen, Dämpfen?		
An bestimmten Orten? Wo?		

Hatten oder haben Sie folgende Krankheitserscheinungen?

	JA	NEIN	WEIß ICH NICHT
HIV, Hepatitis			
Asthma, Atemnot			
Nachtschweiß, unerklärliche Gewichtsabnahme			

	JA	NEIN	WEIß ICH NICHT
Kopfschmerzen halbseitig			
Nesselsucht, Hautquaddeln			
Kiefer-, Stirnhöhlenentzündung			
eitriger Auswurf			
Husten, Reizhusten			
Bronchitis			
dauernde Niesanfälle			
behinderte Nasenatmung			
Augentränen, Augenjucken			
Schwellung der Augenlider, der Augenpartien			
Juckreiz im Rachen			
Schnarchen Sie oder haben Sie Atempausen nachts?			
Sind Sie morgens erholt nach dem Aufwachen?			
Sind Sie tagsüber häufig müde?			
Besteht eine Schwangerschaft? SSW?			

Allergien

	Ja	Nein
Bestehen Allergie (z.B. auf Medikamente, Nahrungsmittel, Tiere, Gräser, usw.?) Wenn ja welche?		
Wurde bei Ihnen ein Allergie-Test durchgeführt? Wann?		
Sind Sie schon einmal erfolgreich hyposensibilisiert (desensibilisiert) worden? Wenn ja, wie lange ist dies her?		
Halten Sie Haustiere? Wenn ja, welche und seit wann?		

Ist Ihre Wohnung	<input type="checkbox"/> eher feucht
	<input type="checkbox"/> normal
	<input type="checkbox"/> eher trocken