



# Anamnesebogen

Name, Vorname \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Handy/Arbeit: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Hausarzt/Ort: \_\_\_\_\_

Krankenkasse/Kostenträger: \_\_\_\_\_

## 1.) Wegen welchen Beschwerden haben Sie unsere Praxis heute aufgesucht?

Husten       Atemnot       Allergie       Schlafstörungen

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Seit wann bestehen diese Beschwerden? \_\_\_\_\_

## 2.) Sind bei Ihnen Allergien bekannt? JA      NEIN

Wenn „JA“ welche: \_\_\_\_\_

Haben Sie Haus – oder Hoftiere? Welche? \_\_\_\_\_

## 3.) Wann und wo wurde das letzte Röntgenbild Ihrer Lunge gemacht?

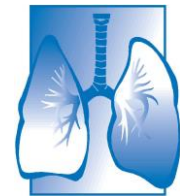
\_\_\_\_\_

## 4.) Was üben Sie beruflich aus? \_\_\_\_\_

## 5.) Rauchen Sie oder haben Sie mal geraucht?

JA seit wann: \_\_\_\_\_ Anzahl der Zigaretten pro Tag: \_\_\_\_\_

NEIN       Nichtraucher seit: \_\_\_\_\_



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

Welche: \_\_\_\_\_

**7.) Sind bei Ihnen sonstige Krankheiten bekannt, welche?**

---

---

**Falls Sie Vorbefunde / Röntgenbilder / einen aktuellen Medikamentenplan dabei haben, geben Sie diese Unterlagen bitte an der Anmeldung ab.**

**Sollten Sie keinen Medikamentenplan dabei haben, füllen Sie bitte den nachfolgenden Abschnitt aus.**

**8.) Aktuelle Medikamente:**

Medikamentenname / Stärke	Anzahl morgens	Anzahl mittags	Anzahl abends



## Datenschutzerklärung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten und Befunde im Rahmen der Zweckbestimmung, unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen, erhoben, verarbeitet und an **weiterbehandelnde Ärzte und Kliniken** übermittelt werden dürfen.

Diese Vollmacht gilt auch für von uns einzuholende Vorbefunde anderer Ärzte und Kliniken.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Personen/Angehörigen weitergegeben werden nachdem deren Identität festgestellt wurde:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Die Information zum Datenschutz sowie zur Datenverarbeitung in unserer Praxis habe ich zur Kenntnis genommen.

**Diese Erklärung kann jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen werden.**

---

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in