

Heike Berit Janßen

Internistin, Pneumologin

Name:
Vorname:
Telefon/Mobil-Nr.:
Hausarzt:

Anamnesebogen

Gab oder gibt es *Familienangehörige* mit einer oder mehrerer der folgenden Erkrankungen:

	Nein	Ja	Wer?
Chronische Bronchitis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bläh-Lunge (Emphysem):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Lungenerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nesselsucht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere allergische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leiden oder litten *Sie selbst* an einer der folgenden Erkrankungen:

	Nein	Ja	Seit wann, welche?
Bluthochdruck:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen des Herzens:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Herzerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall, Durchblutungsstörungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergische Erkrankungen, Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leberkrankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfanfälle, Nervenleiden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutkrankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwülste, Tumore:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhter Augendruck (Grüner Star):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

weiter auf der Rückseite

Pneumologische Praxis

Heike Berit Janßen

Internistin, Pneumologin

	Nein	Ja	
Wurden Sie schon operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Woran? Wann? Wo?
		
Wurde schon eine Strahlenbehandlung (Chemo) bei Ihnen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weshalb? Wann? Wo?
		
Wurden Sie schon an Herz und Lunge geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann und wo?
		
Sind Sie schwanger? Besteht die Möglich- keit einer Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? Zigaretten Zigarre Pfeife Anzahl pro Tag Anzahl pro Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dauer von - bis (z. B. 1977 - 2001)
Raucht jemand anders ausser Ihnen im Haushalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wer?
		
Haben Sie Haustiere? (auch Fische, Vögel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
Waren Sie in den letzten 5 - 10 Jahren im Ausland?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wo?
		
Haben Sie einen Schwerbeschädigten- Ausweis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wieviel Prozent, eventuell Zusatz?
		
Beziehen Sie Berufskrankheit- oder Kriegsopferrente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wieviel Prozent?
		
Welchen Beruf haben Sie gelernt?			In welchem Beruf arbeiten Sie zur Zeit?
In welchen Berufen waren Sie tätig?			
Welche Medikamente nehmen Sie ein (auch die Pille und Augentropfen gehören dazu) und in welcher Dosierung?			