

Name:

Geburtsdatum:

## Anamnesebogen

**Aktuellen Beschwerden:** (Stichwörter reichen, z.B. Luftnot seit 3 Wochen):

### Husten?

nein  ja, und zwar:  gering  mittel  stark wie lange schon:  
 trocken  schleimig  blutig

Auslöser:  intensive Gerüche  Sport/Anstrengung  Sprechen/Lachen  Hinlegen  spontan/anfallsartig  Essen  Heuschnupfen  noch Wochen nach Bronchitis  Kribbeln im Halsbereich  herablaufendes Sekret im Rachen  sonstige:

### Luftnot?

nein  ja, und zwar:  gering  mittel  stark wie lange schon:

Auslöser:  Sport/Anstrengung  Spaziergehen  Hinlegen  spontan/anfallsartig  dauerhaft vorhanden  sonstige:

### Atemgeräusche?

nein  ja, und zwar:  Pfeifen  Brummen  Rasseln  beim Einatmen  beim Ausatmen

### Häufige Bronchitis?

nein  ja, wie häufig: \_\_\_\_\_ wann zuletzt:

### Sind Lungenerkrankungen bekannt?

nein  ja, welche:

seit wann bekannt: \_\_\_\_\_ durch wen festgestellt:

### Allergie?

dauerhaft verstopfte Nase/Augenentzündung?  nein  ja  immer morgens  tagsüber  
 Allergiemedikamente helfen, welche: \_\_\_\_\_ Intensität:  gering  mittel  stark  
 ganzjährig  nur in den Monaten:

sind Allergien bekannt:  nein  ja welche:

Glauben Sie, dass eine Allergie Ursache Ihrer aktuellen Beschwerden sein könnte?  ja  nein

Name:

Geburtsdatum:

**sonstige chronische Krankheiten:**

Bluthochdruck  Zucker  Herzinfarkt  Herzrhythmusstörungen  Sodbrennen  dauerhafte Nasennebenhöhlenentzündung  Schilddrüsenerkrankung  Blutarmut

sonstige:

**Frühere Erkrankungen** (z.B. OPs, Infektionen, Thrombosen, Krebserkrankungen)

**Inhalationsmedikamente aktuell/in der Vergangenheit und sonstige Dauermedikamente?**

(z.B. Salbutamol 1-0-1 vor 1 Jahr)

**Schlaf?**

lautes Schnarchen  Atemaussetzer im Schlaf  morgens nicht ausgeruht  ungewolltes Einschlafen am Tage

Ihr (früherer) **Beruf?** \_\_\_\_\_

berentet

Haben Sie eine Kontrastmittel- oder Medikamentenunverträglichkeit?  nein  ja, gegen

**Rauchen** Sie aktuell?  nein  ja, \_\_\_\_\_ Zig. / Tag, seit wann

Haben Sie früher geraucht?  nein  ja, \_\_\_\_\_ Zig. / Tag, von-bis wann

Haben Sie **Haustiere**?  nein  ja, und zwar

Gibt es in der **Familie** Asthma oder Heuschnupfen?  nein  ja, und zwar

Wann wurde zuletzt ein **Röntgenbild** der Lunge angefertigt? Bei wem?

Wann wurde zuletzt ein **CT** der Lunge angefertigt? Bei wem?

Oldenburg, den \_\_\_\_\_ Unterschrift

Name:

Geburtsdatum:

## Einverständniserklärung

Der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig! Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. **Weitere Information zum Datenschutz finden Sie auf unserem Aushang in der Praxis, bei Fragen sprechen Sie uns gerne an!**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Ich erlaube, dass mein/-e Hausarzt/-ärztin

Frau/Herr Dr. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

über hier durchgeführte Untersuchungen/Behandlungen informiert wird. Bei einem Hausarztwechsel bitte ich um Zusendung der Befunde an den aktuellen Hausarzt.

Ich möchte auch, dass (falls erforderlich) mitbehandelnde Fachärzte über die Behandlung im Pneumozentrum informiert werden und meine Kontaktdaten übermittelt werden (z.B. zur Anmeldung für geplante Klinikaufenthalte und geplante Facharztüberweisungen).

ja  nein

Ich willige ein, dass die Ärzte des Pneumozentrums Oldenburg notwendige Befunde bei meinen behandelnden Ärzten und notwendige Krankenhausberichte anfordern.

ja  nein

Ich willige ein, dass ich per SMS und/oder email kontaktiert werden darf (insbesondere zur Terminerinnerung oder Terminabsage).

ja  nein

email Adresse: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

Ich bin darüber informiert, dass ich meine Einwilligung, soweit gesetzlich möglich, jederzeit widerrufen kann.

Oldenburg, den \_\_\_\_\_

(Unterschrift)