

Anamnesebogen Thorax

Name: _____ Vorname: _____

Welchen Beruf üben Sie aus? (Falls Sie Rentner/in sind, bitte früheren Beruf angeben).

.....
Welche Beschwerden haben Sie?

Hatten Sie **aktuell** einen Unfall? Nein O Ja O
Leiden Sie unter Atemnot Nein O Ja O
Haben Sie Husten? Nein O Ja O
Haben Sie Auswurf? Nein O Ja O gelb O blutig O

Seit wann haben Sie Beschwerden? Tage Wochen Monate Jahre

Haben Sie Fieber? Nein O Ja O wie hoch?

Wann / zu welcher Tageszeit treten die Beschwerden hauptsächlich auf? (oder ständig?)

.....
Nehmen Sie ein Antibiotikum ein? Nein O Ja O seit wann?

Rauchen Sie? Nie O Nicht mehr O Ja O

Wie viele Zigaretten pro Tag? 1-10 O 11-20 O 20-40 O mehr als 40 O

Seit wie vielen Jahren?

Wenn Sie aufgehört haben, seit wann?

Wieviel haben Sie vorher geraucht? Wie lange?

Haben Sie Gewicht verloren? Nein O Ja O ? kg..... ? Monate...

Leiden Sie an einer chronischen
Bronchitis? Leiden Sie an Asthma? Nein O Bronchitis O Asthma O

Wenn ja: Welche Asthmamedikamente nehmen Sie ein?

Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? Nein O Ja O

Wenn ja: Welche Art von Krebs?

Ist eine Herzerkrankung bekannt? Nein O Ja O

Haben Sie Voraufnahmen/Befunde dabei? Nein O Ja O

Wann und wo wurde die Lunge zuletzt geröntgt?

Ist die Lunge operiert worden? Nein O Ja O Wo?