

# Anamnesebogen



**Patienten ID:** \_\_\_\_\_

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

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

## Welche Beschwerden haben Sie?

Husten     Auswurf     Atemnot     Allergie    Seit wann? \_\_\_\_\_  
 Andere    Welche? \_\_\_\_\_    Seit wann? \_\_\_\_\_

**Sind bei Ihnen Allergien bekannt?**     Ja     Nein

Gräser/Roggen     Birke/Erle/Hasel     Hundehaare     Kräuter  
 Katzenhaare     Schimmelpilze     Hausstaubmilben     Andere

**Haben Sie Haus- oder Stofftiere?**     Ja     Nein

Wenn ja, Welche? \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?**     Ja     Nein

Wenn ja, wie viele Jahre insgesamt? \_\_\_\_\_

Wie viele Zigaretten pro Tag (im Durchschnitt)? \_\_\_\_\_

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

**Alkoholkonsum?**     Ja     Nein

Wenn ja, wie oft?     Selten     Gelegentlich     Öfters

**Welchen Beruf üben Sie aus?**

\_\_\_\_\_

