

F-33 Anamnesebogen

**Asthma- und Allergiezentrum**  
**Dr. med. Jens Callegari – Norbert K. Mülleneisen – Dr. med. Manfred Springob**

Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie  
Gemeinschaftspraxis, Königsberger Platz 5, 51371 Leverkusen  
Telefon: 0214/ 820 21 25 Fax: 0214/ 820 21 26, www.asthma-allergiezentrum.de

---

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_  
**Geb. Datum:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

**Körpergröße:** \_\_\_\_\_ **Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg

**Tel\*:** \_\_\_\_\_ **Fax\*:** \_\_\_\_\_ **Handy\*:** \_\_\_\_\_

**Emailadresse\*:** \_\_\_\_\_

---

**Wer ist Ihr Hausarzt:**

---

Mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Hiermit willige ich ein, dass meine Daten an weiterbehandelnde Ärzte/ Krankenhäuser oder Labore weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergabe bleiben dadurch rechtmäßig. Gleichzeitig entbinde ich den weiterbehandelnden Arzt/das Krankenhaus oder das Labor von der Schweigepflicht.

---

**Datum / Unterschrift**

Um Ihnen unser Service Angebot anbieten zu können (Erinnerung an Kontrolltermine, Übermittlung von Informationen) bedarf es ebenfalls Ihrer Einwilligung.

Hiermit willige ich ein, per Brief, Email oder Telefon kontaktiert zu werden.

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung gegenüber dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen werden kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergabe bleiben dadurch rechtmäßig. Die Einwilligung ist freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

---

**Datum / Unterschrift**

1. Welche **aktuellen** Beschwerden haben Sie?

Atemnot     Husten     Auswurf     Schmerzen im Brustkorb     Schnarchen

---

2. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein (bitte auch Augentropfen, Asthma Sprays, Blutdruckmittel, Zucker Medikamente, Nasensprays, Beruhigungsmittel, Abführmittel, Schlafmittel, „die Pille“, Schmerzmittel ..., mit Dosierung und Einnahme!)? **Bitte Sprays oder Pulver zum Inhalieren mitbringen.**

---

---

3. Haben Sie Haustiere oder Kontakt zu Tieren?     Ja     Nein  
Wenn ja, zu welchen?

---

**(bitte Rückseite beachten)**

4.  Nie Raucher       Ex-Raucher seit \_\_\_\_\_  Raucher seit \_\_\_\_\_

Raucher: Wie viele Zigaretten rauch(t)en Sie im Durchschnitt täglich? \_\_\_\_\_

Mit welchem Alter haben Sie angefangen, zu rauchen? \_\_\_\_\_

Wie viele Jahre in Ihrem ganzen Leben haben Sie insgesamt geraucht? \_\_\_\_\_

5. Welcher beruflichen Tätigkeit gehen oder gingen Sie nach?

---

Sind Sie oder waren Sie am Arbeitsplatz Dämpfen, Stäuben oder Gasen ausgesetzt?  Ja  Nein

6. Sind Sie allergisch?  Ja  Nein  
(Wenn Ja, wogegen?).

---

7. Gibt es in Ihrer Familie, bei Ihren Blutsverwandten Allergien, Heuschnupfen, Asthma oder Neurodermitis?  Ja  Nein  
(Wenn ja wer, z.B. Bruder Asthma, Vater Heuschnupfen?)

---

8. Welche Vorerkrankungen bestehen bei Ihnen?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck    | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit   | <input type="checkbox"/> Hepatitis                    |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Tuberkulose       | <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> COPD             | <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale |   |

Sonstige: z.B. Operationen? \_\_\_\_\_

9. Wann war Ihr letztes Röntgenbild der Lunge? \_\_\_\_\_

10. Sind Sie schwanger?  Ja  Nein

11. Sind Sie im DMP/Chronikerprogramm?  Ja  Nein

Wenn ja,  Asthma  COPD

12. Corona Impfung erfolgt  Ja  Nein