Anmeldeblatt
Krankheitsgeschichte

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!
Beantworten Sie bitte diese Fragen so gut wie möglich.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht
und werden vertraulich behandelt.

Dr. med. Tobias Scholz &
Dr. med. Benjamin Seuthe

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: PLZ/Wohnort:

Telefon: Mobil:

E-Mail:

Wie sind Sie versichert?

☐ Gesetzlich ☐ Privat Basistarif* ☐ Privat

☐ Privat Standardtarif* ☐ Selbstzahler

*bitte Versicherungsbescheid vorlegen

bei folgender Krankenkasse:

Datum: Ihre Unterschrift:

Was ist Ihr Anliegen?

_____

Wer hat Sie überwiesen?

_____

Welche Ärzte sollen einen Bericht erhalten?

_____

_____

Datum: Ihre Unterschrift:

Welche Medikamente nehmen Sie? ☐ keine *(Bitte geben Sie auch Sprays / Dosieraerosole an)*

Name	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

Nutzen Sie medizinische Hilfsmittel? ☐ nein ☐ Sauerstoff ☐ CPAP/BiPAP ☐ andere:

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

☐ Allergien ☐ Asthma ☐ COPD

☐ gehäufte Infekte ☐ Hochdruck ☐ Herz

☐ Diabetes mellitus Typ 2 ☐ Gicht ☐ Leber

☐ Lunge ☐ Magen / Darm ☐ Nerven

☐ Niere/Blase/Prostata ☐ Muskel ☐ Knochen / Gelenke

☐ Rheuma ☐ Haut ☐ Tumorerkrankung

☐ Schlafstörungen ☐ Abhängigkeiten ☐ Angst

☐ Depression ☐ Sonstiges:

Wurden Operationen durchgeführt? Hatten Sie Unfälle?

Waren Sie in Reha, zur Kur?

Letztes Röntgen oder CT der Lunge:

Was ist Ihr Beruf?

Welche Tätigkeit üben Sie aus? _____

Sind Sie arbeitsfähig? ☐ ja ☐ nein ☐ ohne Arbeit ☐ in Rente seit

Besteht eine anerkannte Schwerbehinderung? ☐ nein ☐ ja Grad der Behinderung (GdB) %

Gehäufte Lungenerkrankungen in der Familie / Sonstiges?

Atemwege und Lunge

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!
Zur guten Beratung benötigen wir Ihre Hilfe.
Beantworten Sie bitte diese Fragen bestmöglich.
Alle Angaben werden vertraulich behandelt,
da Sie der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

Dr. med. Tobias Scholz &
Dr. med. Benjamin Seuthe

Name: _____ Vorname: _____ Datum: _____

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an!	☐ **nein**	☐ **ja**		
Ich leide unter Husten	☐ nein	☐ den ganzen Tag	☐ meist morgens	☐ nur nachts
		☐ nur nach Anstrengung	☐ nur bei Kontakt zu	☐ manchmal
		☐ nur im Liegen	☐ nur am Arbeitsplatz	☐ nur bei...
Ich habe Auswurf	☐ nein	☐ weiß/glasig	☐ gelb	☐ grün
		☐ wenig	☐ reichlich	☐ rot/blutig
Ich verspüre Atemnot	☐ nein	☐ gelegentlich	☐ häufig	☐ ständig
		☐ in Ruhe	☐ bei Belastung	☐ nachts
		☐ Ich komme bis zur 5. Etage	☐ ich komme nur bis zur 2. Etage	
Ich leide an Schnupfen	☐ nein	☐ akut	☐ nur nachts	☐ ständig
		☐ nur bei:		
		☐ Fließschnupfen	☐ verstopfte Nase (Stockschnupfen)	
		☐ Polypen	☐ ich rieche nicht	
		☐ Kieferhöhlenentzündung		
Ich leide an Allergien	☐ nein	☐ nicht bekannt	☐ ja, welche?	
			(Pollen, Milben, Tierhaare, Medikamente, andere)	
Ich leide an Sodbrennen	☐ nein	☐ ja	☐ selten	☐ regelmäßig
			☐ nur im Liegen	☐ nur nach:
Ich muss nachts Wasserlassen	☐ nein	☐ ja	☐ wie oft?	
Ich habe ein Brustenge-Gefühl	☐ nein	☐ ja	☐ in Ruhe	☐ bei Belastung
			☐ nachts	
Ich verspüre Schmerzen in den Beinen	☐ nein	☐ ja	☐ geschwollene Füße	☐ abends
Ich spüre Herzstolpern	☐ nein	☐ ja		
Ich leide unter Schwindelsymptomen	☐ nein	☐ ja		

Ich leide unter Schlafstörungen ☐ nein ☐ ja

Ich schnarche ☐ nein ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig
☐ auch laut ☐ mit Atempausen

Ich schwitze nachts ☐ nein ☐ ja

Ich habe an Gewicht zugenommen ☐ nein ☐ wie viel Kg: ☐ in welcher Zeit? Monate / Jahre

Ich habe Körpergewicht verloren ☐ nein ☐ wie viel Kg: ☐ in welcher Zeit? Monate / Jahre

Ich trinke Alkohol ☐ nein ☐ selten ☐ nur bei Anlässen ☐ regelmäßig

Ich rauche ☐ nein ☐ ja ☐ Zigaretten pro Tag ca.: seit Jahren

Ich rauchte früher ☐ nein ☐ ja ☐ ich rauche nicht mehr seit Jahren
☐ ich rauchte Jahre

Ich habe Fieber ☐ nein ☐ ja ☐ seit wann? ☐ wie hoch?

Ich habe Schüttelfrost ☐ nein ☐ ja ☐ seit wann?

Ich leide an häufigen Infekten ☐ nein ☐ selten ☐ oft ☐ dauernd
☐ zuletzt am? ☐ Anzahl pro Jahr?

Ich sehe weiße Flecken an Fingernägeln ☐ nein ☐ ja ☐ Anzahl?

Ich habe oft Schmerzen ☐ nein ☐ ja ☐ Gelenke ☐ Muskeln
☐ Rücken ☐ Kopf ☐ Brust
☐ Bauch ☐ Hals ☐ Bein

Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?

☐ nein ☐ ja

Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

☐ nein ☐ ja

Sonstiges?

Allergie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!
Zur guten Beratung benötigen wir Ihre Hilfe.
Beantworten Sie bitte diese Fragen bestmöglich.
Alle Angaben werden vertraulich behandelt,
da Sie der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

Dr. med. Tobias Scholz &
Dr. med. Benjamin Seuthe

Name: _____ Vorname: _____ Datum: _____

Welche Beschwerden bestanden früher oder bestehen jetzt und seit wann?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an!	☐ **nein**	☐ **ja**		
Milchschorf / Ekzeme	☐ nein	☐ ja		
Nesselsucht / Hautquaddeln	☐ nein	☐ ja		
Augen -/ Bindehautentzündung	☐ nein	☐ ja		
Schnupfen / Nießanfälle	☐ nein	☐ ja		
Stockschnupfen	☐ nein	☐ ja		
Schnarchen / Mundatmung	☐ nein	☐ ja		
Husten	☐ nein	☐ ja	☐ tags	☐ nachts
		☐ nach Infekt		
Atemnot	☐ nein	☐ ja	☐ in Ruhe	☐ nachts
		☐ länger als 6 Wochen	☐ bei / nach Belastung	☐ nach Sport

Sind Allergien bekannt?

Allergien in der Familie?	☐ nein	☐ ja	☐ nicht bekannt	
Allergien bei Ihnen?	☐ nein	☐ ja	☐ nicht bekannt	
Allergietestungen?	☐ nein	☐ ja	☐ mit Nachweis von	
Pollen?	☐ nein	☐ ja	☐ Welche?	
Hausstaubmilben?	☐ nein	☐ ja		
Insektengift-Allergie?	☐ nein	☐ ja	☐ Welche?	
Lebensmittel?	☐ nein	☐ ja	☐ Welche?	
Medikamente?	☐ nein	☐ ja	☐ Welche?	

Hyposensibilisierung

Wurde bereits durchgeführt?	☐ nein	☐ ja	☐ wann?	☐ gegen?
War diese Therapie erfolgreich?	☐ nein	☐ sehr gut	☐ gut	☐ teils
Traten Nebenwirkungen auf?	☐ nein	☐ geringe	☐ mäßige	☐ starke

Haben Sie Kontakt zu Tieren? ☐ nein ☐ selten ☐ oft ☐ täglich

Welche Tiere?

Erkranken Sie häufig an Infekten? ☐ nein ☐ ja

☐ 2 x im Jahr ☐ 4 x im Jahr ☐ 6 x im Jahr

☐ öfters

Die Infekte dauern im Allgemeinen ca. Wochen

Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ja ☐ selten ☐ oft

Passivrauch Exposition ☐ nein ☐ ja ☐ am Arbeitsplatz ☐ zu Hause

☐ in der Freizeit ☐ Mutter

☐ Vater ☐ andere

Welche Therapien werden / wurden durchgeführt?