

Klinik / Praxis

Patientendaten:



## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie vor dem Gespräch mit dem Arzt die folgenden Fragen zu Ihrer Krankengeschichte (Anamnese) sorgfältig aus und **kreuzen Sie Zutreffendes an**. Ihre Informationen sind wichtige Hinweise und helfen dem Arzt die Ursache Ihrer Beschwerden zu finden und die richtigen Untersuchungen bzw. Behandlungen auszuwählen.

**Geschlecht:**  m /  w, **Alter:** \_\_\_\_\_ **Jahre, Gewicht:** \_\_\_\_\_ **kg, Größe:** \_\_\_\_\_ **cm**

Benötigen Sie regelmäßig **blutgerinnungshemmende Mittel** oder haben Sie in der letzten Zeit (bis vor 8 Tagen) welche eingenommen bzw. gespritzt?  ja  nein  
 Aspirin® (ASS),  Heparin,  Marcumar®,  
 Plavix®,  Ticlopidin,  Clopidogrel,  Xarelto®,  
 Eliquis®,  Pradaxa®.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Einnahme?  
 \_\_\_\_\_

**Werden andere Medikamente eingenommen?**  ja  nein  
 Wenn ja, bitte auflisten:  
 \_\_\_\_\_

(Auch rezeptfreie Medikamente, natürliche oder pflanzliche Heilmittel, Vitamine, etc.)

**Sind Sie schwanger?**  nicht sicher  ja  nein

**Haben Sie früher geraucht?**  ja  nein

Seit wie vielen Jahren Nichtraucher? \_\_\_\_\_

Wie viele Jahre haben Sie geraucht? \_\_\_\_\_

Wie viele Zigaretten durchschnittlich pro Tag:

1-5,  5-10,  10-20,  20-40,  mehr als 40

**Rauchen Sie derzeit?**  ja  nein

Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Wie viele Zigaretten durchschnittlich pro Tag:

1-5,  5-10,  10-20,  20-40,  mehr als 40

**Besteht eine erhöhte Infektanfälligkeit?**  ja  nein

**Müssen Sie öfter husten?**  ja  nein

Seit wann?

weniger als 1 Woche,  1 Woche - 1 Monat,

1 Monat - 6 Monate,  länger als 6 Monate

mit  Auswurf,  Schmerzen,  Blut.

**Leiden Sie an Atemnot?**  ja  nein

Seit wann?

weniger als 1 Woche,  1 Woche - 1 Monat,

1 Monat - 6 Monate,  länger als 6 Monate

unter geringer Belastung  unter starker Belastung,

in Ruhe

**Haben Sie häufig Kopfschmerzen?**  ja  nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter Nasenbluten?**  ja  nein

Wie oft?

weniger als 1 mal/Woche,  1-2 mal/ Woche,

öfter

links  rechts

**Leiden Sie unter Riechstörungen?**  ja  nein

**Leiden Sie an Schnupfen?**  ja  nein

Wie oft?

weniger als 1 mal/Woche,  1-2 mal/ Woche,

öfter

Konsistenz?

wässrig,  eitrig,  zäh

Lokalisation?

Rachenhinterwand,  aus der Nase

**Leiden Sie unter einer Nasenatmungsbehinderung?** ja  nein

Seit wann?

- weniger als 1 Woche,  1 Woche - 1 Monat,  
 1 Monat - 6 Monate,  länger als 6 Monate

 links  rechts**Ist bereits eine medikamentöse Therapie erfolgt?** ja  nein

Wenn ja

- Nasenspray (cortisonhaltig),  Antibiotika,  
 Cortisontabletten

**Wurden Sie bereits im HNO-Bereich operiert?** ja  nein

Wenn ja, welche Operation? \_\_\_\_\_

**Wurde bei Ihnen bereits eine Computertomographie der Nasennebenhöhlen durchgeführt?** ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**Werden regelmäßig zahnärztliche Untersuchungen durchgeführt?** ja  nein**Allgemeine Krankheitsanamnese:****Allergie/Überempfindlichkeit?** ja  nein

- Medikamente  
 Lebensmittel  
 Kontrastmittel  
 Jod  
 Pflaster  
 Latex (z.B. Gummihandschuhe, Luftballon)  
 Pollen (Gräser, Bäume)  
 Betäubungsmittel,  
 Metalle (z. B. Juckreiz durch Metallbrillengestell, beim Tragen von Modeschmuck oder an Hosennieten)

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Erkrankung der Atemwege/Lungen?** ja  nein

- Asthma  
 Lungenentzündung  
 Rippen-/Lungenfellentzündung  
 Lungenemphysem (Lungenblähung)  
 starkes Schnarchen (Schlafapnoe)  
 Stimmband-Zwerchfelllähmung  
 Mukoviszidose  
 Chronische Bronchitis  
 Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Zahnschäden/Zahnersatz?** ja  nein

- Karies,  Parodontose,  lockere Zähne,  
 Krone,  Brücke,  Implantat,  Stiftzahn,  
 herausnehmbarer Zahnersatz.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Ergänzungen des Arztes:**


---



---



---



---



---



---



---



---

