



Qualitätsmanagement

DIN EN ISO 9001:2000
FBAnmeldebogen.pdf

Dr. H. WARMUTH
Facharzt für Innere Medizin
LUNGEN – und
BRONCHIALHEILKUNDE
Allergologie - Umweltmedizin
Nordring 35, im Medical-Center
59423 Unna

Anmeldebogen Datum: _____

Sie helfen uns, wenn Sie vorab einige Punkte Ihrer Krankengeschichte notieren!

Name, Vorname: _____, _____

geb.: _____, männlich: weiblich: divers:

Straße, PLZ und Ort: _____, _____

Tel./Handy: _____, E-Mail-Adresse: _____

Größe: _____ m Gewicht: _____ kg

COVID ja am _____ nein

Atemwegsbeschwerden?

Husten ja nein Luftnot ja nein bei Belastung ja nein

Auswurf ja nein weiß/klar gelb/grün blutig

Sodbrennen ja nein Schnupfen ja nein

Augenbrennen ja nein Nebenhöhlenentzündung ja nein

Schnarchen ja nein CPAP Gerät ja nein

Vorerkrankungen und Operationen?

Bluthochdruck ja nein Blutzuckerkrankheit ja nein

Magenerkrankung ja nein Tumorerkrankung ja nein

Nierenerkrankung ja nein Hautkrankheit ja nein

Rheuma ja nein Aids ja nein

Tuberkulose ja nein Psychische Erkrankung ja nein

Hepatitis ja nein Herzkrankheit ja nein

Sonstiges/Operationen: _____

Allergien gegen?

Penicillin ja nein Aspirin-Acetylsalicylsäure ja nein

Blütenstaub ja nein Tierhaare ja nein

Haustiere ja nein Wenn ja, welche _____

Hausstaubmilben ja nein Metalle ja nein

Nahrungsmittel ja nein Wenn ja, welche _____

Sonstige Allergien: _____

Berufliche Belastung?

Asbest ja nein Untertage ja nein Wieviel Jahre _____

Straßenbau ja nein Bäcker ja nein

Sonstige berufliche Belastung: _____



Qualitätsmanagement

DIN EN ISO 9001:2000
FBAnmeldebogen.pdf

Dr. H. WARMUTH
Facharzt für Innere Medizin
LUNGEN – und
BRONCHIALHEILKUNDE
Allergologie - Umweltmedizin
Nordring 35, im Medical-Center
59423 Unna

Familienvorgeschichte (Eltern, Großeltern, Geschwister)

Herzinfarkt ja nein

Asthma ja nein

Krebs ja nein

Wenn ja welcher? _____

Sonstiges: _____

Raucher?

Wenn ja wie viele Zigaretten am Tag? _____, seit wann Raucher (wie viele Jahre)? _____

Rauchen Mitglieder in Ihrer Lebensgemeinschaft? ja nein

Nehmen Sie Medikamente (auch Sprays) ein?

Wenn ja, welche? _____ Morgens Mittags Abends

Name des Medikaments _____ - _____ - _____

Name des Medikaments _____ - _____ - _____

Name des Medikaments _____ - _____ - _____

Ich besitze Impfschutz gegen:

Tetanus ja nein

Diphtherie ja nein

BCG-Tuberkulose ja nein

Keuchhusten ja nein

Covid-Impfung ja nein

Welcher Impfstoff: _____

Augenerkrankung?

Grüner Star ja nein

Grauer Star ja nein

Sonstige Sehstörungen? _____

Röntgen- /Lungenaufnahme, Computertomographie?

Wann zuletzt? _____

Schwangerschaft

Letzte Periode: _____

Schwangerschaft ausgeschlossen

Aktueller Grund Ihres Besuches

Ihr Hausarzt Dr. _____ darf einen Arztbericht über die hier genannten Untersuchungsergebnisse erhalten. Rezepte und andere Unterlagen dürfen folgende Personen für mich abholen _____

Hiermit bestätige ich, dass der Fragebogen wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt wurde.

Datum

Unterschrift