

## Anamnesebogen:

Name, Vorname: _____
Geboren am: _____
Adresse: _____
Telefonnummer: _____
E-Mail: _____
Hausarzt: _____

### Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an:

1. Wie groß sind Sie / Wie viel wiegen Sie ? \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg

2. Waren Sie schon einmal beim HNO-Arzt ?  Ja  Nein

Wann ?  In welcher Praxis?

3. Leiden Sie unter Allergien ?  Ja  Nein

wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_

- mit Schnupfen / Augentränen / Niesattacken
- mit Hautausschlag
- (zum Teil) mit Atemnot

4. Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen ?  Ja  Nein

wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_

5. Nehmen Sie dauerhaft Medikamente ein ?

wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_

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

6. Leiden Sie unter Riechstörungen? O Ja   O Nein  
wenn Ja:

ich rieche eingeschränkt

meine Geruchswahrnehmung ist verändert

7. Haben Sie Sodbrennen ? O Ja   O Nein  
Wenn ja seit wann ?

Nehmen Sie dafür Medikamente ein ? O Ja   O Nein  
wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_

8. Haben Sie Schlafstörungen bzw. einen nicht erholsamen Schlaf ? O Ja   O Nein  
wenn Ja :

ich habe Einschlafstörungen

ich wache nachts häufig auf >>> Um welche Uhrzeit?

ich bin morgens nicht ausgeruht

ich bin tagsüber müde und erschöpft

9. Rauchen Sie oder haben Sie geraucht ? O Ja   O Nein  
wenn ja:

Wie viel Packungen pro Tag ? \_\_\_\_\_

Wie lange ?      von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

9. Arbeiten Sie im Lärm ? O Ja   O Nein  
wenn Ja:

Wieviele Jahre ? \_\_\_\_\_

Bei welcher BG sind Sie versichert ? \_\_\_\_\_

Tragen Sie Gehörschutz ? O Ja   O Nein

10. Wurden Sie schon mal im HNO Bereich operiert ? O Ja   O Nein  
wenn Ja:

Was wurde operiert ? \_\_\_\_\_

Wann und wo wurden Sie operiert ?  
\_\_\_\_\_

***Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit zum Ausfüllen  
genommen haben! 😊***

BITTE WENDEN !