



DR. SABINE HUMMER  
LUNGENFACHÄRZTIN

## Anamnesebogen

NAME:

GEBURTSDATUM:

VERS. NR:

KRANKENKASSE:

Erwerbstätig

Pensionist

ADRESSE (Straße, Nr., PLZ, Ort):

TELNR.:

DERZEIT AUSGEÜBTER BERUF:

BEI MITVERSICHERUNG: Daten Hauptversicherter

- GRÖÖE:

GEWICHT:

- Warum kommen Sie?

- Hatten Sie in letzter Zeit folgende Beschwerden?

Plötzlicher Ausfall von Geruchs/ Geschmacksverlust  ja  nein

Husten  ja  nein

Fieber  ja  nein

Halsschmerzen  ja  nein

Gastrointestinale Symptome (Durchfall, Erbrechen)  ja  nein

- Hatten Sie bereits einen COVID Abstrich?  ja  nein  
Wenn ja wann?

- Hatten Sie Kontakt mit anderen COVID Patienten?  ja  nein

- Haben Sie bekannte Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten?:  ja  nein  
Wenn ja welche?

- Haben Sie chronische Erkrankungen?  ja  nein  
(z.B. Diabetes, Cholesterin, Bluthochdruck,...)  
Wenn ja welche?

- Hatten Sie Operationen?  ja  nein  
Wenn ja welche? (alle die durchgeführt wurden)

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?:  ja  nein  
wenn ja welche Medikamente und welche Dosierung:

Name d. Medikamentes	mg	Morgens	Mittags	Abends

- Rauchen Sie? Wieviel pro Tag? Seit wann?  ja  nein