



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient ,  
wir bitten Sie, alle Fragen zu beantworten, damit wir Ihren  
Untersuchungsablauf und das persönliche Gespräch mit dem Arzt optimal  
gestalten können. Herzlichen Dank!

### 1. Persönliche Daten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_  
Tel. Nr.: : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

### 2. Weshalb suchen Sie unsere Praxis auf? (mehrere Antworten möglich)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Husten                       | <input type="checkbox"/> Atemnot/Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> Schmerzen im Brustkorb |
| <input type="checkbox"/> Allergie                     | <input type="checkbox"/> Schnarchen/Müdigkeit  | <input type="checkbox"/> Anderer Grund          |
| <input type="checkbox"/> Akute Infekte der Atemorgane | <input type="checkbox"/> Bluthusten            | _____   |

**2a. bei Atemnot:** Wurden Sie in den 4 Wochen vor Beginn der Atemnot operiert, hatten Sie einen schweren Unfall oder bestand Bettlägerigkeit?  ja  nein

### 3. Welche chronischen oder schweren Erkrankungen bestehen in der Vorgeschichte?

- |  |   |   |                                |
|--|---|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis   | <input type="checkbox"/> Diabetes             | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen     | <input type="checkbox"/> keine |
| <input type="checkbox"/> Asthma                  | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck        | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen   |                                |
| <input type="checkbox"/> Allergie                | <input type="checkbox"/> Sodbrennen/Aufstoßen | <input type="checkbox"/> Thrombosen- Embolien |                                |
| <input type="checkbox"/> häufige Atemwegsinfekte | <input type="checkbox"/> Tumorleiden          | <input type="checkbox"/> Andere: _____        |                                |

### 4. Sind Sie Allergiker?

- ja  nein

#### Gegen welche Stoffe/Substanzen sind Sie allergisch?

- Besteht Heuschnupfen  Besteht Neurodermitis

#### Sind bei Ihnen Unverträglichkeiten/Allergien gegenüber Medikamenten bekannt?

- ja  nein

In welchem Jahr wurde die letzte Allergietestung durchgeführt? \_\_\_\_\_

### 5. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus/ haben Sie ausgeübt? \_\_\_\_\_

Sind Sie dabei Belastungen der Atemluft (Stäube/Dämpfe, Gase) ausgesetzt?

- ja  nein

#### Haben Sie Hobbys mit Belastungen der Atemluft?

- ja  nein

### 6. Rauchen Sie Tabak oder haben Sie früher geraucht?

- ja  nein

Wenn ja, wie viel pro Tag und wie lange schon?

\_\_\_\_\_/pro Tag, insgesamt \_\_\_\_\_ Jahre

Wann haben Sie aufgehört zu rauchen? \_\_\_\_\_

### 7. Halten Sie Haustiere?

- ja  nein

Welche ? \_\_\_\_\_

### 8. Wenden sie Medikamente an?

- ja  nein

Welche ? (Haben Sie eine Liste dabei )

### 9. Gibt es familiäre Leiden oder Veranlagungen für Lungen/Bronchialerkrankungen, Allergien, Tumorleiden, ansteckende Erkrankungen, Tuberkulose ?

- ja  nein

10. Sind Ihre Lungen in den letzten 3 Monaten geröntgt worden?  ja  nein

11. Besteht Schwangerschaft?  ja  nein

Herzlichen Dank! Ihr Praxisteam