



Name: \_\_\_\_\_, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um bei ihrem Termin alle ihre Vorbefunde berücksichtigen zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung einiger Fragen. Alle Angaben sind freiwillig. Unklarheiten können Sie dann natürlich auch ausführlich mit dem Arzt/der Ärztin besprechen.

**Welche Beschwerden führen Sie in unsere Praxis?**

**Hat sich an ihren Daten (Adresse, Telefon, Hausarzt...) etwas geändert?**

Größe: \_\_\_\_\_ cm, Gewicht: \_\_\_\_\_ kg, Rauchen Sie? : Ja , nie , seit \_\_\_\_\_ Jahren nicht mehr ca. \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag seit \_\_\_\_\_ Jahren

Letztes Röntgen Lunge: **Wann?** \_\_\_\_\_ **Wo?** \_\_\_\_\_ Schwangerschaft: nein  ja

Waren sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus?

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

Auslandsaufenthalt in den letzten 3 Monaten? nein  ja  Wo? \_\_\_\_\_

Medikamentenallergie (z.B. Aspirin)? nein  ja  Welche? \_\_\_\_\_

Ansteckende Krankheiten: Hepatitis , Tuberkulose , HIV

Leiden Sie unter **Atemnot**? Nein  Ja  seit: \_\_\_\_\_ Tagen, \_\_\_\_\_ Wochen, \_\_\_\_\_ Monaten  
Wenn Ja: wann vor allem?

Bei Belastung , in Ruhe , tagsüber , nachts , anfallsweise , Kälte , Rauch , Abgase , Allergien , - Sonstige Auslöser?: \_\_\_\_\_

Haben Sie **Husten**? Nein  Ja  seit: \_\_\_\_\_ Tagen, \_\_\_\_\_ Wochen, \_\_\_\_\_ Monaten  
Wenn Ja, wann vor allem?

Bei Belastung , in Ruhe , tagsüber , nachts , anfallsweise , Kälte , Rauch , Abgase , Allergien , Sonstige Auslöser?: \_\_\_\_\_

Bemerken Sie **Atemgeräusche**? Nein  Ja  seit: \_\_\_\_\_ Tagen, \_\_\_\_\_ Wochen, \_\_\_\_\_ Monaten  
Wenn Ja: welche? Pfeifen , Rasseln , beim *Einatmen* , beim *Ausatmen*

Haben Sie **Auswurf**? Nein  Ja  seit: \_\_\_\_\_ Tagen, \_\_\_\_\_ Wochen, \_\_\_\_\_ Monaten  
Wenn Ja, welche Farbe? klar , weißlich , gelb , eitrig , blutig . Menge: \_\_\_\_\_ Teelöffel/Tag

**Schmerzen** im Brustkorb? Nein  Ja  seit: \_\_\_\_\_ Tagen, \_\_\_\_\_ Wochen, \_\_\_\_\_ Monaten  
Wenn Ja: Wann? beim Atmen , Belastung , Bewegung , Druck von außen , Husten

Haben Sie **Fieber**? Nein  Ja  seit: \_\_\_\_\_ Tagen, \_\_\_\_\_ Wochen, \_\_\_\_\_ Monaten

Haben Sie **Nachtschweiß**? Nein  Ja  seit: \_\_\_\_\_ Tagen, \_\_\_\_\_ Wochen, \_\_\_\_\_ Monaten

Haben Sie **ungewollt abgenommen** Nein  Ja , wenn ja, \_\_\_\_\_ kg in \_\_\_\_\_ Monaten

Gibt es Schimmel in der Wohnung? \_\_\_\_\_ Topfpflanzen? \_\_\_\_\_

Sonstige **Beschwerden**/ frühere oder aktuelle **Erkrankungen**? (bitte ankreuzen):

Allergien , Heuschnupfen , rote Augen , Nahrungsmittelunverträglichkeit ,  
Asthma , Lungenentzündung , Stirn- oder Kieferhöhlenentzündung , Tuberkulose ,  
Herzinfarkt/Angina pectoris , Hoher Blutdruck , Zuckerkrankheit/Diabetes

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Erkrankungen in der **Familie**: Allergien , Asthma , Emphysem , Lungenkrebs .

**Wichtig!!! Bitte tragen Sie in die folgende Tabelle Ihre Medikamente ein, auch Inhalationen!**

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts	bei Bedarf