

Name: _____ Vorname: _____ Ihr behandelnder Hausarzt: _____
Geburtsdatum: _____
Ihre persönliche Telefonnummer: _____ Datum: _____
Ihre Email-Adresse: _____



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient! Um eine optimale Versorgung und eine gute Behandlung zu gewährleisten, bitten wir Sie, vor dem Arztgespräch, einige Fragen zu beantworten.

1. Wegen welcher Beschwerden kommen Sie zu uns?

2. Haben oder hatten Sie eine der folgenden **Erkrankungen**?

Asthma ☐ COPD ☐ SARS CoV2 ☐ Bluthochdruck ☐ Schlaganfall ☐
Zuckerkrankheit ☐ Herzschwäche ☐ Angina pectoris ☐ Herzinfarkt ☐
Sodbrennen ☐ Bösartige Erkrankung ☐ Rheuma ☐ Schuppenflechte ☐
Andere, wenn ja welche? _____

Sind Sie in einem Programm Asthma/COPD zur Kontrolle (DMP?): ☐ ja ☐ nein

3. Gibt es in Ihrer Familie Lungenerkrankungen?:

nein: ☐

wenn ja: ☐ welche Art von Erkrankung: _____ ?

wer in der Familie: _____ ?

4. Ihre Größe: _____ Ihr Gewicht: _____

5. Nehmen Sie **Medikamente** ein (z. B. Tabletten, Tropfen oder auch Inhalationen)?

Ja ☐ **dann nutzen Sie bitte die Rückseite!** Nein ☐

6. Sind Sie bereits geimpft gegen....?

Lungenentzündung (Pneumokokken)	nein ☐	ja ☐
Grippe Saison (Influenza)	nein ☐	ja ☐
Keuchhusten (Pertussis)	nein ☐	ja ☐
RSV (Respiratorisch Synzytial Virus)	nein ☐	ja ☐

7. Haben Sie Tiere im häuslichen Umfeld: nein: ☐ wenn ja ☐ , welche _____?

Haben Sie **Allergien**?

Nein ☐

Wenn, ja ☐ welche? _____

8. **Wann** wurden Sie das letzte Mal **geröntgt** und **was** wurde **geröntgt**?

9. Bei Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?:

ja ☐ nein ☐ bei bestehender Schwangerschaft, Schwangerschaftswoche: ____SW



10. **Rauchen** Sie oder haben Sie **früher** geraucht?

Nie geraucht ☐

Raucher/in ☐

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag und seit wann?_____

Ex –Raucher/in ☐ wie viele **Zigaretten** /Tag haben Sie geraucht?

Bitte geben Sie die gerauchten Jahreszahlen an und wieviel pro Tag :

(Bsp: von 1995- 2000/20 Stck)_____

11. Sind bei Ihnen **Atempausen im Schlaf** beobachtet worden?

Nein ☐

Ja, gelegentlich ☐

Ja, jede Nacht ☐

Weiß nicht ☐

12. Welchen **Beruf** üben Sie aus oder haben Sie früher ausgeübt?

Medikamentenangabe:

Nehmen Sie pflanzliche Medikamente/Zusatzstoffe ein, wenn ja, welche? (Johanneskraut, Ingwer..)

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein?

(Beispiel: Magnesium, Natrium, Zink...)

Medikamente (chemisch)	morgens	mittags	abends/Nacht

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ihr Praxisteam

Unterschrift Patient: _____