



Patient Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Pateintin, sehr geehrter Patient,

um bei der heutigen Untersuchung alle ihre Vorbefunde berücksichtigen zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung einiger Fragen.

Alle Angaben sind freiwillig. Unklarheiten können sie später ausführlich mit dem Arzt besprechen.

Größe: _____ cm, Gewicht: _____ kg,	Rauchen Sie? : Ja <input type="radio"/> , nie <input type="radio"/> , seit _____ Jahren nicht mehr ca. _____ Zigaretten/Tag seit _____ Jahren
Letztes Röntgen Lunge: _____	Schwangerschaft: nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
Unverträgliche Medikamente ? nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> Welche?	
Berufliche Tätigkeit:	
<b>Welche Beschwerden führen Sie in unsere Praxis?</b>	
Leiden Sie unter <b>Atemnot</b> ? Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> seit: _____ Tagen, _____ Wochen, _____ Monaten Wenn Ja: wann vor allem? Bei Belastung <input type="radio"/> , in Ruhe <input type="radio"/> , tagsüber <input type="radio"/> , nachts <input type="radio"/> , anfallsweise <input type="radio"/> , Kälte <input type="radio"/> , Rauch <input type="radio"/> , Abgase <input type="radio"/> , Allergien <input type="radio"/> , - Sonstige Auslöser?:	
Haben Sie <b>Husten</b> ? Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> seit: _____ Tagen, _____ Wochen, _____ Monaten Wenn Ja, wann vor allem? Bei Belastung <input type="radio"/> , in Ruhe <input type="radio"/> , tagsüber <input type="radio"/> , nachts <input type="radio"/> , anfallsweise <input type="radio"/> , Kälte <input type="radio"/> , Rauch <input type="radio"/> , Abgase <input type="radio"/> , Allergien <input type="radio"/> , Sonstige Auslöser?:	
Bemerken Sie <b>Atemgeräusche</b> ? Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> seit: _____ Tagen, _____ Wochen, _____ Monaten Wenn Ja: welche? Pfeifen <input type="radio"/> , Rasseln <input type="radio"/> , beim <i>Einatmen</i> <input type="radio"/> , beim <i>Ausatmen</i> <input type="radio"/>	
Haben Sie <b>Auswurf</b> ? Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> seit: _____ Tagen, _____ Wochen, _____ Monaten Wenn Ja, welche Farbe? klar <input type="radio"/> , weißlich <input type="radio"/> , gelb <input type="radio"/> , eitrig <input type="radio"/> , blutig <input type="radio"/> . Menge: _____ Teelöffel/Tag	
<b>Schmerzen</b> im Brustkorb? Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> seit: _____ Tagen, _____ Wochen, _____ Monaten Wenn Ja: Wann? beim Atmen <input type="radio"/> , Belastung <input type="radio"/> , Bewegung <input type="radio"/> , Druck von außen <input type="radio"/> , Husten <input type="radio"/>	
Sonstige <b>Beschwerden/</b> frühere oder aktuelle <b>Erkrankungen</b> ? (bitte ankreuzen): Allergien <input type="radio"/> , Heuschnupfen <input type="radio"/> , rote Augen <input type="radio"/> , Nahrungsmittelunverträglichkeit <input type="radio"/> , Asthma <input type="radio"/> , Lungenentzündung <input type="radio"/> , Stirn- oder Kieferhöhlenentzündung <input type="radio"/> , Tuberkulose <input type="radio"/> , Herzinfarkt/Angina pectoris <input type="radio"/> , Hoher Blutdruck <input type="radio"/> , Zuckerkrankheit/Diabetes <input type="radio"/> Sonstige Erkrankungen:	
Erkrankungen in der <b>Familie</b> : Allergien <input type="radio"/> , Asthma <input type="radio"/> , Emphysem <input type="radio"/> , Bronchialkarzinom <input type="radio"/> .	

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

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts	bei Bedarf

**Was Sie uns sonst noch sagen wollen:**
