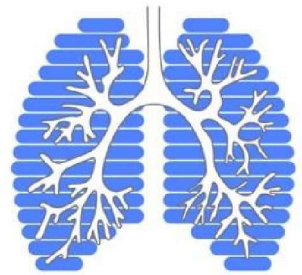


Patientenfragebogen



Allgemeine Angaben:

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Handynummer:

Festnetznummer:

E-Mail-Adresse:

Adresse:

Hausarzt:

Welche Beschwerden führen Sie in unsere Praxis?

Allgemeine Fragen zu Ihrer Vorgeschichte:

Fragen bezüglich Atemwegsinfektionen:

Wie viele Atemwegsinfekte (z.B. Bronchitis, Nasennebenhöhlen) haben Sie in etwa pro Jahr?

Wie häufig verwenden sie im Jahr durchschnittlich Antibiotika?

Fragen bezüglich Allergien:

Haben Sie Heuschnupfenbeschwerden? Nein ja

In folgenden Monaten: _____ Höhepunkt: _____

Sonstige allergische Beschwerden (Nahrungsmittel, Insektengift etc.):

Haben Sie Kontakt zu Tieren? Nein ja, und zwar:

Wann wurde zuletzt ein Allergietest durchgeführt?

Welche Allergien konnten nachgewiesen werden?

Gibt es Medikamente die Sie nicht vertragen? Nein Ja, und zwar:

Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht?

Ja Nein, nie Nein, nicht mehr seit:

Wie viele Jahre haben sie in etwa aktiv geraucht? Circa: _____ Jahre

Im Durchschnitt wie viele Zigaretten pro Tag? Circa: _____ Zigaretten/Tag

Waren oder sind Sie regelmäßig Passivrauch ausgesetzt (z.B. rauchende Eltern oder Partner) ? Ja Nein

Wurde bei Ihnen jemals (z.B. auch im Kindesalter) eine der folgenden Krankheiten festgestellt?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> COPD | <input type="radio"/> Häufige Infekte im Kindesalter |
| <input type="radio"/> Lungenfibrose | <input type="radio"/> Lungenkrebs | <input type="radio"/> Lungenentzündung, Jahr: _____ |
| <input type="radio"/> Tuberkulose | <input type="radio"/> Allergien | <input type="radio"/> Nasennebenhöhlenentzündung |
| <input type="radio"/> Neurodermitis | <input type="radio"/> Sodbrennen/ Reflux | <input type="radio"/> Nierenschwäche |
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Herzschwäche | <input type="radio"/> Herzinfarkt, Stent, Jahr: _____ |
| <input type="radio"/> Vorhofflimmern | <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Diabetes mellitus |
| <input type="radio"/> Rheuma | <input type="radio"/> Krebs, welcher: _____ | |
| <input type="radio"/> Sonstige Erkrankungen: | | |

Kommt in Ihrer Familie (Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Enkel) eine der folgenden Krankheiten vor?

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> COPD | <input type="radio"/> Lungenkrebs |
| <input type="radio"/> Lungenfibrose | <input type="radio"/> Tuberkulose | <input type="radio"/> Schlafapnoe |
| <input type="radio"/> Neurodermitis | <input type="radio"/> Allergien | <input type="radio"/> Heuschnupfen |
- Wendet jemand aus Ihrer Familie eine Inhalative Therapie an (Spray etc.) ? Ja Nein

Fragen bezüglich Ihres Schlafes:

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Schnarchen Sie | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Wurden nächtliche Atempausen vom Lebenspartner beobachtet? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Fühlen Sie sich tagsüber müde? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Schlechte Schlafqualität? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Wurde bei Ihnen eine Schlafapnoe festgestellt? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Besteht eine CPAP-Masken-Therapie? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Waren oder sind Sie im Rahmen Ihrer Berufstätigkeit/Freizeit Gefahrenstoffen ausgesetzt?

- Nein Ja, und zwar:

Welchen Beruf üben bzw. übten Sie aus?

Wie würden Sie das Klima in Ihrem Wohnraum beschreiben?

- eher trocken feucht Schimmelpilzbefall

Welche Medikamente (Tabletten, Inhalationssprays und -Pulver etc.) nehmen Sie zurzeit ein?

Name und Dosierung:

Name und Dosierung:

Nehmen Sie an einem Gesundheitsprogramm (DMP, Curaplan) Ihrer Krankenversicherung teil?

- Nein Ja, welches?

Besteht bei Ihnen:

- Schwangerschaft Hepatitis-Infektion HIV-Infektion

In welchem Jahr wurde zuletzt eine Röntgenaufnahme oder Computertomographie Ihrer Lungen angefertigt?

- im Jahr: Noch nie

Welche weiteren Angaben sind aus Ihrer Sicht für die Behandlung wichtig?

Datum:

Unterschrift: