

Ein paar Fragen vorab...

Datum: _____

Dieser Fragebogen soll das ärztliche Gespräch nicht ersetzen, sondern vielmehr darauf vorbereiten, damit nichts Wichtiges vergessen wird! Bitte ankreuzen oder unterstreichen und eventuell ergänzen. Wenn gewünscht, ist Ihnen eine Mitarbeiterin gerne behilflich!



Liebe Patientin, lieber Patient _____
Name _____ Vorname _____

Welche Beschwerden sind oder waren ihr Hauptproblem?

- Atembeschwerden: mehr bei Belastung (z. B. wieviele Stufen/Stockwerke können sie ohne Stehenbleiben steigen? _____)
 in Ruhe – wann genau? _____
 nachts wenn _____
- Husten _____ manchmal/ständig/wie lange schon? _____
- Auswurf/Schleim: glasig-zäh gefärbt blutig
- Brustkorbschmerzen links/rechts wann ?
- hinter dem Brustbein beim Atmen bei Anstrengung
- Allergiebeschwerden, wenn ja, welche Allergie? _____
- Vorsorgeuntersuchung, keine Beschwerden
- Andere: _____

Haben sie Risikofaktoren für Lungenerkrankungen?

- Sind Sie aktiver Raucher? Wieviele Zigaretten rauchen Sie am Tag? _____
Seit wievielen Jahren rauchen Sie? _____
- Exraucher? D. h. Sie haben früher einmal geraucht. Sie rauchen nicht mehr seit _____
Früher haben Sie ca. _____ Zigaretten/Tag geraucht und zwar über _____ Jahre hinweg.
- Passivraucher? D. h. jemand in Ihrer Umgebung raucht, wer? _____
- immer Nichtraucher gewesen?

Sind Sie sonstigen Schadstoffbelastungen ausgesetzt? - z. B. in der Wohnung oder durch ein Hobby oder sind Sie in der Arbeit mit Gefahrenstoffen in Kontakt?

- Nein
- Ja, mit welchen? (Staub, Gase, Rauch, Schimmel, Asbest, etc.): _____

Haben Sie Haustiere oder Kontakt mit Tieren z. B. bei Verwandten/Freunden?

- Nein
- Ja, mit welchen: _____

Erlernete bzw. frühere Berufe, bitte angeben: _____

Jetzt ausgeübter Beruf oder Rente: _____

Haben Sie besondere Hobbys, machen Sie Sport, wenn ja, welchen?

Haben oder hatten Sie selbst eine der folgenden Erkrankungen?

- Allergie / Medikamentenunverträglichkeit: _____
- Heuschnupfen Neurodermitis Asthma COPD
- Lungenentzündung Rippenbruch Lungenembolie
- Tuberkulose _____ Nasennebenhöhlenprobleme / OP ? _____
- Herz- oder Lungen-OP ? _____
- Diabetes Bluthochdruck Herzinfarkt/KHK/Stent: _____
- Sodbrennen Saures Aufstoßen Magenbeschwerden: _____
- Wirbelsäulen-Probleme Rheuma Arthrose
- Lautes Schnarchen Atempausen Schlafapnoe

Sonstige wichtige: _____

Gibt/gab es bei Eltern, Kindern od. anderen nahen Verwandten eine der folgenden Erkrankungen? Wenn ja, wer hatte diese? Bitte ankreuzen und ergänzen!

- Allergie _____ Heuschnupfen _____ Asthma _____
- Lungenkrebs _____ Lungenembolie _____ Herzinfarkt _____
- Sonst: _____ Tuberkulose-Kontakt zu: _____

Größe: _____ cm, aktuelles Gewicht: _____ kg, Gewichtsveränderung zuletzt? _____

Diese Spalte ist nur für das Praxis-Team

- Nr.
- CAT
- ACT
- LUFU
- LYSE mit
- DIFF
- p0.1
- PROVO
- PRICK
-
- APNOECHECK
- RÖNTGEN
- RUHE-EKG
- SPIROERGO
- Rampe: W/min
- BGA dabei x
- DOC ab W
- SONOGRAPHIE
- BGA Ruhe
- BGA MIT
-
- TREPPE/BGA
- 6 MINGT
- 6 MINGT mit
-
- FeNO
- CRP
- D-DIMER
- BNP
- TROPONIN
- BKS
- BB / DIFF
- LABOR sonst :
-
- IGE gesamt
- IGE spezifisch:
-
- ERKLÄREN :
-
- ASTHMA-TB
- PEAKFLOW-METER
- CD BESORGEN
-
- BEFUND VON
-

Vielen Dank!! Ihr Praxis Team - haben Sie noch Fragen?