

Wir begrüßen Sie als neuen Patienten in unserer Praxis! Gerne möchten wir Ihnen so schnell wie möglich helfen. Mit der Beantwortung einiger Fragen unterstützen Sie uns dabei.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail Adresse: _____

Hausarzt bzw. überweisender Arzt: _____

berufliche Tätigkeit, gegebenenfalls **vor** der Rente: _____

Wegen welcher Beschwerden
kommen Sie heute in die Praxis: _____

Ist bei Ihnen eine der folgenden Lungenerkrankungen bekannt?

chron. Husten (Husten seit Jahren) nein ☐ ja ☐ seit:

Asthma nein ☐ ja ☐ seit:

Asthma bei Blutsverwandten nein ☐ ja ☐ wer:

Andere Lungenerkrankung (z.B. Lungenentzündung, Tuberkulose, Lungenembolie, usw.)
nein ☐ ja ☐ wann: welche:

Allergie/Heuschnupfen nein ☐ ja ☐ seit:
in welchen Monaten:

Haben Sie Haustiere? nein ☐ ja ☐ welche?

Haben Sie Juckreiz im Mund oder Hals beim
Verzehr von Obst, Gemüse oder Nüssen? nein ☐ ja ☐

Haben Sie Husten? nein ☐ ja ☐ seit:

Haben Sie Auswurf? nein ☐ ja ☐ seit:
wenn ja: ☐ blutig ☐ gelblich ☐ grünlich ☐ weißlich

Haben Sie Atemnot? nein ☐ ja ☐ seit:

Haben Sie ungewollt in letzter Zeit Gewicht abgenommen? nein ☐ ja ☐ seit:

Wurde in den letzten 6 Monaten Röntgenaufnahmen Ihrer Lunge gemacht?

nein ☐ ja ☐ wo:

Rauchen Sie? nein ☐ ja ☐ seit:

ca. Anzahl der Zigaretten pro Tag:

Haben Sie früher geraucht? nein ☐ ja ☐

Wenn ja, von wann bis wann (ungefähr):

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja ☐ Nein ☐ wenn ja, wie viel:

Schnarchen Sie? nein ☐ ja ☐

Wurden Atemaussetzer während des Schlafes bemerkt? nein ☐ ja ☐

Sind Sie vormittags regelmäßig müde? nein ☐ ja ☐

Schlafen Sie tagsüber ein (z.B. beim Autofahren)? nein ☐ ja ☐

Wurden Sie schon in einem Schlaflabor untersucht? nein ☐ ja ☐ **bitte wenden!**

- Liegt bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen vor? ☐ Herzerkrankungen
- ☐ Bluthochdruck ☐ Zuckererkrankung ☐ Nierenerkrankung ☐ nervliche/seelische Leiden
- ☐ Neurodermitis ☐ Lebererkrankungen ☐ schwere bzw. chron. Infektion (z.B. HIV oder Hepatitis)
- ☐ Tumorerkrankung, wenn ja, welche: _____ wann: _____
- ☐ Tumorerkrankungen bei Blutsverwandten, wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie **Medikamente** ein (**ALLE Medikamente wie zum Beispiel für Blutdruck, Blutfette, usw.**)
oder verwenden Sie Asthma-Sprays? nein ☐ ja ☐

Bitte nennen Sie die Namen von **allen Medikamenten und Sprays** und die Häufigkeit der Einnahme pro Tag:

Name: _____	Häufigkeit: _____
_____	_____
_____	_____

Ich willige hiermit ein, dass meine personenbezogenen Daten erhoben und verarbeitet werden sowie die behandelnde Praxis gemäß § 73 (1b) (SGB V) Befunde bei weiteren Leistungserbringern einholt, bei mir erhobene Befunde bzw. Verordnungen an mitbehandelnde Praxen bzw. Apotheken sowie medizinische Hersteller- oder Lieferfirmen per Brief oder FAX übermittelt und mich per Telefon oder FAX kontaktiert. Die Zustimmung kann jederzeit schriftlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

..... Ort, Datum	 Unterschrift des Patienten
---------------------	-------------------------------------

Vom Arzt auszufüllen:

UNTERSUCHUNGSBEFUNDE:

Anamnese

* Kopf: (Haut/Schleimhaut/LK/SD)

* Thorax:

* Pulmo:

* Cor/Gefäße:

* US-Ödeme

* Abdomen:

* Bewegungsapp. / Sinnesorgane / Neurologie:

* Sonstiges: _____ Pulsoximetrie: O2-S. _____ %, Puls: _____ /min.

Untersuchungen:

- ☐ Rö p.a. ☐ Rö+SA ☐ Rö NNH
- ☐ Body ☐ Methacholin ☐ Diff ☐ Lyse ☐ P01 ☐ Flow
- ☐ Blutgase ☐ Blutgase nach Belastung ☐ Blutgase mit _____ I O2
- ☐ Prick ☐ Basis ☐ alles ☐ nur HM ☐ Eiche/Buche ☐ NM ☐ extra:
- ☐ Rhino ☐ TT ☐ EKG
- ☐ P5 (CMP+gr.BB) Blut: ☐ Sonstiges: _____
- ☐ P6 (nur CMP) ☐ gr. BB ☐ CRP quant. ☐ P1 ☐ P2 ☐ P3 ☐ P4 ☐ P8
- ☐ Apnoe-Termin ☐ Spiroergo-Termin (Rad/Laufband) Bel.stufe: _____ ICD: _____
- ☐ Sonstiges: _____