

Liebe Patientinnen und Patienten,  
bitte beantworten Sie uns die folgenden Fragen:

Name: \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_  
 Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Ihre Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
 Ihr Hausarzt: \_\_\_\_\_ Ihre Handynummer: \_\_\_\_\_  
 Ihre E-Mail: \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter Luftnot (Kurzatmigkeit)?**  Ja  Nein **Seit wann?:** \_\_\_\_\_  
**Auslöser?**  Belastung  Infekte  Feuchtes Wetter  
 Gerüche  Rauch/Abgase  Allergie

**Leiden Sie unter Husten?**  ja  Nein **Seit wann?:** \_\_\_\_\_  
 Attackenweise  Trocken  mit Auswurf?  
**Auslöser?**  Belastung  Infekte  Feuchtes Wetter  
 Gerüche  Rauch/Abgase  Allergie

**Hatten Sie in der Kindheit Probleme mit Lunge oder Bronchien?**  Ja  Nein

**Wie viele Etagen können Sie Treppe steigen? ca.:** \_\_\_\_\_

**Schlafen Sie gut?**  Ja  Nein **Schnarchen Sie?**  Ja  Nein

**Sind Sie müde?**  Ja  Nein **Nächtliches Wasserlassen?**  Ja  Nein

**Rauchen Sie?**  Ja  Nein **Wie viele Jahre insgesamt?:** \_\_\_\_\_

**Wie viele Zigaretten pro Tag? ca.:** \_\_\_\_\_ **Nichtraucher/in seit wann?:** \_\_\_\_\_

**Gewicht in den letzten 3 Monaten?**  gleich bleibend  steigend  fallend

**Sind Allergien bekannt?**  Ja  Nein **Wenn ja, Welche?**

**Nahrungsmittelunverträglichkeiten?**  Ja  Nein **Wenn ja, Welche?**

**Letzter Allergietest? ca.:** \_\_\_\_\_

**Sind ernste Erkrankungen bekannt (auch wenn sie ausgeheilt sind)?**

Lungenentzündung?  Asthma?  Tuberkulose?  Sodbrennen?  
 Gelbsucht?  Diabetes?  Herzkrankheit?  Krebs?  
 Bluthochdruck?  Nasennebenhöhlenentzündung?  Andere?

**Welche Medikamente nehmen Sie ein?**

**Gibt es in Ihrer Familie Lungen oder Bronchialerkrankungen?**

Allergien  Heuschnupfen  Asthma  Neurodermitis

**Haben Sie Kontakt zu Tieren/Haustiere?**  Ja  Nein **Welche?**

**Welchen Beruf üben Sie aus oder haben Sie ausgeübt?**

**Sind sie am Arbeitsplatz Dämpfen/Stäuben oder Gasen ausgesetzt?**  Ja  Nein

**Wann ist Ihre Lunge zuletzt geröntgt worden? ca.:** \_\_\_\_\_

**Sind Sie im DMP/Chroniker- Programm?**  Ja  Nein **(Wenn ja, Welches Programm?)**

**Welche Ärzte sollen einen Bericht erhalten?**

**Datenschutz:** Ich bin damit einverstanden, dass alle meine personenbezogenen Daten, sowie alle medizinischen Daten in unserer Praxis gespeichert und verarbeitet werden, einschließlich der Befundanforderung und der Berichterstattung mittels Fax oder E-Mail.

Die Information zur Speicherung der personenbezogenen Daten gem. Art. 13 und 14 DSGVO (AA-09.1) habe ich erhalten (siehe Aushang).

Sie können die erteilte Einverständniserklärung jederzeit für die zukünftige Verarbeitung widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift