



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Wir möchten Sie bitten, den Fragebogen **auf beiden Seiten** vollständig auszufüllen. Der Fragebogen wird im Anschluss digital in Ihre Patientenakte eingefügt.

Wie groß und wie schwer sind Sie? \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg

Ist bei Ihnen eine oder sind mehrere **Erkrankungen der Atemwege** bekannt?

Nein, bisher nicht

Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Welche **Hauptbeschwerden** führen Sie zu uns?

Husten  eher trocken  eher mit Auswurf

Luftnot

in Ruhe  im Sitzen  im Liegen

bei geringer körperlicher Anstrengung (z. B. beim Anziehen/beim Laufen in der Wohnung)

bei leichter körperlicher Anstrengung (z. B. rasches Laufen in der Ebene)

bei mittlerer körperlicher Anstrengung (z. B. rasches Laufen bergauf)

bei großer körperlicher Anstrengung (z. B. beim Sport)

wiederkehrende Infekte der unteren Atemwege

Allergische Beschwerden

Schnarchen, nicht erholsamer Schlaf

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Seit wann** treten diese Beschwerden bei Ihnen auf?

\_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

Wurden Sie wegen der genannten Beschwerden bereits durch einen **Lungenfacharzt** oder im **Krankenhaus** untersucht?

Nein

Ja, durch \_\_\_\_\_

(Name, Ort des Arztes)

Wann wurde zuletzt eine **Röntgen- oder CT-Aufnahme** Ihrer Lungen durchgeführt?

\_\_\_\_\_ (Jahr)

\_\_\_\_\_ (Arzt oder Krankenhaus)

Röntgenaufnahme  Computertomographie (CT)

Arbeiten Sie aktuell?

Nein, ich bin berentet, berufsunfähig

Nein, ich bin arbeitssuchend

Ja  Vollzeit  Teilzeit

Welchen Beruf haben Sie ausgeübt bzw. üben Sie aus?

Waren/Sind Sie während Ihrer beruflichen Tätigkeit Gefahrstoffen ausgesetzt?

Nein

Ja und zwar: \_\_\_\_\_

Sind **Allergien** (z. B. Heuschnupfen) oder Unverträglichkeiten bei Ihnen bekannt (auch Medikamente)?

Nein

Ja und zwar gegen: \_\_\_\_\_

nur saisonal nur

Wann und durch wen wurde der letzte Allergietest durchgeführt?

\_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

\_\_\_\_\_ (Arzt)



# Aufnahmebogen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Sind **weitere Erkrankungen** bei Ihnen bekannt?

nein, keine weiteren Erkrankungen bekannt

ja, **folgende Erkrankungen** sind bekannt:

Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie)

Erkrankungen der oberen Atemwege (Nase, Nasennebenhöhlen, Rachen)

Blutzuckerkrankheit (Diabetes mellitus)

Sodbrennen, Reflux

Krebserkrankungen

Erkrankungen Magen oder Darm

Allergien

Erkrankungen Leber oder Galle

Bindegewebserkrankungen (z. B. Rheuma)

Erkrankungen des Gehirns oder der Nerven

Herzerkrankungen

psychische Erkrankungen (z. B. Depressionen oder Psychosen)

Gefäßverengungen (KHK)

Herzschwäche (Herzinsuffizienz)

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Erkrankungen der Herzklappen

Welche **Medikamente** nehmen Sie aktuell ein?

Keine regelmäßige Medikation

Bitte auch **Inhalationsmedikamente** auflisten.

Name, Dosierung (ug oder mg), Einnahme (z. B. 1-0-1)	Name, Dosierung (ug oder mg), Einnahme (z. B. 1-0-1)

Haben Sie jemals geraucht oder rauchen Sie aktuell?

Nein, ich habe noch nie geraucht, höchstens mal probiert

Ja, ich habe früher ca. \_\_\_\_\_ Jahre ca. \_\_\_\_\_  
Zig/Tag geraucht und \_\_\_\_\_ (Jahr) aufgehört

Ja, ich rauche seit \_\_\_\_\_ Jahren, aktuell  
ca. \_\_\_\_\_ Zig/Tag

### Für Frauen:

Können Sie eine **Schwangerschaft** zum heutigen  
Zeitpunkt mit Sicherheit ausschließen?

Ja, Schwangerschaft aktuell ausgeschlossen

Nein, kein sicherer Ausschluss möglich

### Kontaktdaten:

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Mobilnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift