

Liebe Patienten!

Willkommen in unserer Praxis für Innere Medizin/ Pneumologie! Vorab einige Fragen, um die Zusammenarbeit ein wenig zu vereinfachen:
(Ihre Angaben werden vertraulich behandelt)

1. Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Telefon: _____

2. Bitte tragen Sie hier alle Medikamente ein, die Sie regelmäßig nehmen. Vergessen Sie Asthmasprays/ Pulver nicht!

Name des Medikaments	Morg.	Mitt.	Aben.	Name des Medikaments	Morg.	Mitt.	Aben.

3. Nehmen Sie **zur Zeit** andere Medikamente, z. B. Husten- oder Schmerzmittel? Seit wann?

4. Sind bei Ihnen **Vorerkrankungen** bekannt? („Zucker“, Herzinfarkt, Schlaganfall, Bluthochdruck etc.)

5. Weshalb kommen Sie zu uns/ Woran leiden Sie?

6. Waren Sie schon einmal bei einem **Lungenfacharzt**? Ja Nein

7. Haben Sie **Husten**? Ja · Seit wann? _____ Nein
 ohne Mit Auswurf (Farbe: _____ klar)
Wann? nur morgens immer
 gelegentlich unterschiedlich

8. Haben Sie **Atemnot**? Ja Bei Belastung? (Radfahren, Treppensteigen etc.)
 in Ruhe im Schlaf

9. Wann und wo wurde ihre **Lunge** zuletzt **geröntgt**?

10. Wer in Ihrer Blutsverwandschaft (Eltern, Geschwister, Großeltern) hat:

Asthma? _____ „**Heuschnupfen**“? _____ **Neurodermitis**? _____

11. **Rauchen** Sie? Ja, pro Tag __ Stück Nein, noch nie nicht mehr seit

12. **Schnarchen** Sie? Ja Nein nicht bekannt

13. Haben Sie *im* Schlaf **Atempausen**? Ja Nein nicht bekannt

14. Haben Sie **Haustiere**? Nein Ja:

15. Haben Sie **Allergien**? nicht bekannt Ja: welche? _____

16. Welchen **Beruf** üben Sie aus/ haben Sie ausgeübt? _____

Anamnese:

Procedere: