

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Mittelpunkt unseres Arbeitens steht der Mensch mit all seinen Bedürfnissen.

Um diesem Anspruch gerecht zu werden und um Ihren Behandlungs- und Untersuchungsplan sinnvoll zu gestalten, bitten wir Sie in diesem Fragebogen um Informationen zu Ihrer Krankheits- und Sozialanamnese. Bitte füllen Sie die 3 Seiten in Ruhe im Wartezimmer aus.

Für Rückfragen steht Ihnen das Praxisteam gerne zur Verfügung

Name, Vorname: _____ Datum (heute) _____

Sind Sie ledig verheiratet geschieden verwitwet eingetragene Partnerschaft eheähnliche Gemeinschaft

Haben Sie Kinder? Wenn ja wie viele und in welchem Alter sind Ihre Kinder?

Welche(n) Beruf(e) üben / übten Sie aus? _____

Sind Sie arbeitsunfähig oder arbeitssuchend

wenn ja, seit wann _____

Nehmen Sie am „Asthma bronchiale“ oder „COPD“ Gesundheitsprogramm Ihrer Krankenkasse teil?

Ja Nein

Sind Sie von der Zuzahlung der Rezeptgebühren befreit? Ja Nein

Sind Sie berentet oder ist bei Ihnen eine Berufserkrankung anerkannt? Wenn ja, welche Berufskrankheit liegt bei Ihnen vor und bei welcher Berufsgenossenschaft ist diese gemeldet?

Nennen Sie uns bitte kurz Ihre Hauptbeschwerden, die Sie zu uns führen:

(z.B. Kurzatmigkeit; Husten; nächtliche Atembeschwerden; Schnupfen, Niesen ;Fieber, Brustkorbschmerzen, Müdigkeit am Tag; Schnarchen etc.)

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn Ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:

1. _____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____ 6. _____

Leiden Sie an einer Medikamentenunverträglichkeit oder an einer Allergie / Heuschnupfen? Wenn ja, welche Allergie besteht?

Haben Sie Haustiere? Wenn ja, welches?

Welche wichtigen Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt? Und in welchem Jahr ?

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen: (bitte ankreuzen)

Diabetes mellitus Schilddrüsenerkrankung Lebererkrankung

Nierenerkrankung Schlafstörungen / Schnarchen / Tagesmüdigkeit

Krebserkrankung Lungenerkrankung Tuberkulose

Herzerkrankung / Herzinfarkt / Stent / KHK Magen- oder Darmerkrankung

Depression

Sind Sie Raucher/in? Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich und seit wie vielen Jahren?

Zigaretten täglich _____ Stück; seit _____ Jahren

Haben Sie **früher** geraucht? Wenn ja, wie viele Zigaretten haben Sie täglich geraucht über wie viele Jahre?

Zigaretten täglich _____ Stück ; wie viele Jahre _____, seit wann Nichtraucher

Welche weiteren Angaben sind Ihrer Meinung nach für ihre Behandlung hier in der Praxis von Bedeutung?

Sind Sie damit einverstanden, dass Ihr(e) Hausarzt/ärztin und der/die überweisende(n) Arzt/Ärztin einen Bericht über ihre Behandlung in der Praxis erhalten? ja nein

Möchten Sie sich für unsere @-services (Terminvereinbarung, Rezeptbestellung, Befundübermittlung über unsere Homepage ihrpneumologe.de) registrieren, so notieren Sie bitte hier Ihre E-Mail Adresse.

E-Mail Adresse _____@_____

Selbstverständlich werden alle Ihre Daten vertraulich behandelt !

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !