

Sehr geehrte liebe Patientin, sehr geehrter lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer pneumologischen Praxis!

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen vollständig aus und bringen Sie ihn zum Termin mit.

| | |
|---|--|
| Name, Vorname (ggf. Geburtsname): | Beruf (oder ehem. Beruf): |
| Adresse: | Telefonnummer: |
| Krankenkasse / Krankenversicherung: | Geb.-Datum: |
| Hausarzt: | |
| Überweisender Arzt: (Empfänger des Arztberichtes) | |
| Ich möchte, dass mein Hausarzt regelmäßig über die hier durchgeführten Untersuchungen / Behandlungen informiert wird: JA NEIN (Antwort einkreisen) | |
| Ich bin daran interessiert, über neue Entwicklungen/Therapien, die meine Erkrankung betreffen, (auch im Rahmen einer Studienteilnahme) informiert zu werden: JA NEIN (Antwort einkreisen) | |
| Ich habe bereits an einer Asthma/COPD - Schulung teilgenommen: JA NEIN (Antwort einkreisen) | |
| Ich bin eingeschrieben in das DMP (Disease Management Programm) ASTHMA oder COPD meiner Krankenkasse JA NEIN (Antwort einkreisen) | |
| Ich bin eingeschrieben in das DMP (Disease Management Programm) KHK meiner Krankenkasse JA NEIN (Antwort einkreisen) | |
| Ich habe in den letzten 2 Jahren an einer Gesundheitsuntersuchung (Check-up 35) teilgenommen JA NEIN (Antwort einkreisen) | |
| Hauptbeschwerden (Anlass des Besuchs): | |
| <u>Letzte Röntgenaufnahme der Lunge</u> Wann und wo? | |
| <u>Letzter Krankenhausaufenthalt</u> Wann und wo? | |
| Allergien, wenn ja, welche? Medikamentenunverträglichkeiten, wenn ja, welche?: | |
| Frühere Krankheiten in Stichworten mit Zeitangabe. Auch <u>chronische Erkrankungen</u> | Erkrankung Jahr 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ |

Alle aktuell eingenommenen Medikamente, **ständig oder bei Bedarf**.

(Sprays, Tabletten, Allergietabletten etc...) Zu welcher Tageszeit und die **Menge (z. B. 1, 1/2)**

| Medikamentenname | Stärke µg / mg / g | Morgens | Mittags | Abends | b. Bedarf |
|--------------------------|-----------------------|----------|---------|------------|-----------|
| z. B. Paracetamol | 50 mg | 1 | | 1/2 | X |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Datum: _____

Unterschrift: _____