

Aufnahmebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Kontakt Daten: Name, Geburtsdatum: _____
Telefonnummer: _____
E-Mail-Adresse: _____
Hausärztin/-arzt: _____

Sind bei Ihnen **bereits Erkrankungen** der Lunge oder der Atemwege **bekannt**?

- Nein, bisher nicht
 Ja, und zwar: _____ seit: _____

Welche **Hauptbeschwerden** führen Sie zu uns?

- Husten Wenn ja, dann: Trocken Mit Auswurf, Farbe: _____
 Luftnot In Ruhe
 Bei körperlicher Anstrengung. Zum Beispiel: _____
 Wiederkehrende Infekte der unteren Atemwege Fieber
 Allergische Beschwerden: _____
 Schnarchen, nächtliche Atemaussetzer, nicht erholsamer Schlaf
 Andere Beschwerden: _____
(bitte beschreiben) _____

Seit wann treten diese Beschwerden bei Ihnen auf? _____

Diese Beschwerden sind **verknüpft mit**: Jahreszeit Tageszeit Infekten Allergien (s. u.)
 Beruf unklar Sonstiges: _____

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

- Nein Ja, durch: _____

Wurde in den letzten Jahren eine **Röntgen- oder CT-Aufnahme** Ihrer Lunge durchgeführt?

- Nein Ja Wann? _____ Wo? _____
 Röntgenaufnahme Computertomographie (CT)

Berufstätigkeit:

- Derzeit berufstätig Berentet
 Berufsunfähig Schule/Ausbildung/Studium

Ich arbeite/arbeitete in folgendem Beruf: _____

- Belastung durch Schadstoffe am Arbeitsplatz: _____

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

- Nein
- Ja, und zwar gegen: _____
- Ein Allergietest (auf Haut oder per Blutentnahme) wurde bereits durchgeführt. Wann? _____

Gibt es **weitere Erkrankungen** bei Ihnen? Wenn ja, dann kreuzen Sie bitte an:

- Bluthochdruck (arterielle Hypertonie)
- Sodbrennen/Reflux
- Blutzuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
- Erkrankungen von Magen, Darm oder Gallenwegen
- Krebserkrankungen: _____
- Erkrankungen des Gehirns oder der Nerven
 - Schlaganfall
- Bindegewebserkrankungen (z. B. Rheuma)
- HIV, chronische Hepatitis
- Herzerkrankungen
 - Herzinfarkt/Gefäßverengungen (KHK)
 - Herzschwäche (Herzinsuffizienz)
 - Erkrankungen der Herzklappen
- Psychiatrische Erkrankungen (z. B. Depressionen)
- Erkrankungen der oberen Atemwege (Nase, Nasennebenhöhlen, Rachen)
- Sonstiges: _____

Liegt eine **Schwerbehinderung** vor?

- Nein
- Ja, Grad der Behinderung (GdB): _____ Merkzeichen: _____

Gibt es in Ihrer **Familie**: Lungen-/Atemwegserkrankungen? Allergien?

Welche **Medikamente** nehmen Sie aktuell ein? Bitte auch Inhalationsmedikamente (**Sprays/Pulver**) auflisten.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Haben Sie jemals geraucht oder **rauchen** Sie aktuell?

- Nein, ich habe noch nie geraucht, höchstens probiert
- Ja, ich habe früher ca. _____ Jahre ca. _____ Zigaretten pro Tag geraucht und _____ (Jahr) aufgehört
- Ja, ich rauche seit _____ Jahren, aktuell ca. _____ Zigaretten pro Tag
- Ich bin mit der Übersendung von Unterlagen an meinen Hausarzt und an weitere mich betreuende Ärzte und medizinische Einrichtungen (u.a. Pflegedienst/Apotheke/Physiotherapie) gem. DSGVO einverstanden. Die Datenschutzrichtlinien unserer Praxis sind an der Anmeldung ausgehängt und werden Ihnen gerne auf Verlangen ausgehändigt.

Datum, Unterschrift