

Aufnahmebogen

Name, Vorname: **Geburtsdatum:**

Sehr geehrte(r) Patient(in),

um Ihnen und uns den Untersuchungsablauf in unserer Praxis zu erleichtern,
bitten wir Sie vorab um die Beantwortung einiger Fragen.

Wenn Sie damit einverstanden sind, werden wir anschließend entsprechende Untersuchungen bei Ihnen durchführen, damit die Ergebnisse in der dann folgenden Arztprechstunde schon zur Verfügung stehen.

1) Warum kommen Sie zu uns?

☐ Luftnot bei Anstrengung ☐ Luftnot in Ruhe ☐ Luftnot nachts

☐ Husten ☐ Schmerzen im Brustkorb ☐ Fieber
☐ eher trocken ☐ eher m. viel Schleim

☐ Bronchitis ☐ Chronische Bronchitis/COPD ☐ Asthma

☐ Allergie ☐ starkes Schnarchen / gestörter Schlaf

☐ Andere Beschwerden:

Etwa seit wann bestehen die Beschwerden?

2) Leiden Sie an **chronischen Erkrankungen** oder gab es Erkrankungen in der Vergangenheit? Welche?

☐ Bluthochdruck ☐ Diabetes ☐ Nierenerkrankung

☐ Herzerkrankung ☐ Schilddrüsenerkr. ☐ Lebererkrankung

☐ Krebserkrankung ☐ Operation der Lunge? (Wann?)

☐ HIV ☐ Hepatitis ☐ Covid-19 (Coronavirus) gehabt:
Monat / Jahr:

☐ Sonstiges:

3) Welche Medikamente nehmen Sie ein? Bitte auch sog. „Asthmasprays“ angeben!

Name (möglichst genau)	morgens	mittags	abends		morgens	mittags	abends
.....	☐	☐	☐		☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐		☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐		☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐		☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐		☐	☐	☐

4) Haben Sie heute schon Medikamente/Sprays für die Lunge/Bronchien verwendet? Wenn ja, welche?	☐ nein ☐ ja
5) Besteht Impfschutz gegen Covid-19 ☐ nein ☐ ja, 1x ☐ ja, 2x ☐ ja, 3x Grippe ☐ nein ☐ ja Pneumokokken (Lungenentzündung) ☐ nein ☐ ja	
6) Sind Allergien bei Ihnen bekannt (auch aus der Kindheit)? ☐ allergisches Asthma ☐ „Heuschnupfen“ oder sonstige allergische Beschwerden an Nase und/oder Augen ☐ Neurodermitis / allergisches Ekzem / Nesselsucht (Urtikaria) ☐ Medikamentenallergien:	☐ nein ☐ ja
7) Haben Sie Haustiere oder regelmäßigen Tierkontakt? Welche?	☐ nein ☐ ja
8) ☐ Raucher: ca. Zigaretten/Tag seit Jahren ☐ Ex-Raucher: ca.Zigaretten/Tag überJahre, bis vor..... Jahren ☐ Wasserpfeife (Shisha): ca. ☐ E-Zigarette / Heater: ca. ☐ Nichtraucher (nie regelmäßig geraucht)	
9) Fühlen Sie sich seelisch stark belastet? ☐ am Arbeitsplatz / wegen Arbeitslosigkeit ☐ in der Familie / Partnerschaft ☐ Sonstiges	☐ nein ☐ ja
10) Wurden in den letzten Jahren Röntgenuntersuchungen der Lunge durchgeführt? Wenn ja: Wann zuletzt?	☐ nein ☐ ja
11) Sind Sie schwanger ?	☐ nein ☐ ja
12) Haben Sie Interesse an einer Messung der Atemwegsentzündung , mit der eine Asthmaaktivität und der Therapiebedarf besser beurteilt werden können? (Für gesetzlich Versicherte leider keine Kassenleistung, Kosten: 25 €) Nähere Infos erteilen gerne unsere Mitarbeiterinnen.	☐ nein ☐ ja