



FRAGEBOGEN FÜR PATIENTEN- BITTE SORGFÄLTIG AUSFÜLLEN

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Dat.: _____

Größe: _____ cm

Gewicht _____ kg

Welche Beschwerden führen Sie zu uns, seit wann bestehen diese Beschwerden?

Leiden Sie an folgenden Beschwerden? Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- Asthma : ja nein wenn ja, seit wann: _____
- COPD: ja nein wenn ja , seit wann: _____
- Husten seit wann: _____ morgens mittags abends nachts
- Husten Sie mehr bei Wärme oder Kälte? _____
- werden Sie nachts oft wach wegen ihres Hustens? ja nein Wenn ja, wie oft : _____
- Auswurf: Ja Nein Wenn ja: weiß grün gelb rot
- Ist Ihr Auswurf mehr: morgens mittags abends nachts
- Luftnot in Ruhe bei Belastung seit wann _____
- Wie viel Etagen können Sie Treppen laufen bis die Luftnot oder der Husten beginnt: 1. Etage 2. Etage 3. Etage
- Sind ihre Beschwerden Saisonbedingt oder Ganzjährig? _____
- Druck auf der Brust seit wann _____

Sind Sie wegen einer folgenden Erkrankung in Behandlung? Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- Zuckerkrankheit, seit wann _____
- Bluthochdruck, seit wann _____
- Schlaganfall, wann _____
- Herzerkrankung, wenn ja bitte nähere Angaben: _____

Andere Erkrankungen/ Operationen: _____

Rauchen Sie? nein ja seit _____ / _____ Zigaretten/ Tag

Haben Sie mal geraucht? Wenn ja, wie lange: _____ seit wann Exraucher: _____

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? nein ja welche: _____

Haben Sie Haustiere? nein ja welche: _____

Wann ist Ihre Lunge zuletzt geröntgt worden? _____ Wo: _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Datum: _____ Unterschrift Patient: _____