



Lunge 77

Liebe Patient*innen,

bitte beantworten Sie uns vor Ihrer Untersuchung folgende Fragen:

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Warum kommen Sie zu uns?

Beschwerden

- Husten Kontrolle
 Atemnot
 Schmerzen

Sind bei Ihnen Erkrankungen der Lunge oder der Atemwege bekannt?

- Nein Ja Asthma
 COPD
 Sonstige _____

Haben Sie Vorbefunde? → Wenn ja, geben Sie diese bitte am Schalter ab.

Welche der folgenden Impfungen haben Sie?

Wann wurden Sie zuletzt geimpft?

- Pneumokokken _____
 Influenza (= echte Grippe) _____
 Corona _____
 RSV _____
 Pertussis (Keuchhusten) _____

bitte wenden %

Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht?

Nein

- nie geraucht nicht mehr seit _____ Jahren

Ja

- ich rauche im Schnitt täglich _____ Zigaretten seit _____ Jahren
 mitgeraucht (Passivrauchexposition)

Allergien?

- Wenn ja, welche? _____

Heuschnupfen?

- Nein Ja

Bekannte Vorerkrankungen?

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Refluxerkrankung |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Depression | <input type="radio"/> Angst/Panikstörung |
| <input type="radio"/> Thrombose | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung | |
| <input type="radio"/> Lungenembolie | <input type="radio"/> Krebserkrankung | |

Gibt es in Ihrer Familie Lungenerkrankungen?

- Nein Wenn ja, welche? _____
(Asthma, COPD, Lungenkrebs?)

Haben Sie Haustiere oder regelmäßig Kontakt mit Tieren?

Ausgeübte Berufe und frühere berufliche Tätigkeiten?

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

➔ Falls Sie eine Liste haben, geben Sie diese bitte am Schalter ab.