

Fragebogen für unsere neuen Patienten



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern und Angehörige,

um alle wichtigen Informationen zur Krankheitsvorgeschichte möglichst lückenlos zu erfassen, bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen kurz aber vollständig zu beantworten (natürlich freiwillig).

Name Vorname Telefon

Ihre jetzigen Beschwerden/ Krankheitserscheinungen (bitte ankreuzen und ausfüllen)

Haben Sie Husten? nein ☐ ja ☐ seit

Haben Sie Auswurf? nein ☐ ja ☐ Farbe

Reflux nein ☐ ja ☐

Nachtschweiß nein ☐ ja ☐ Nasennebenhöhlenbeschwerden nein ☐ ja ☐ ☐ akut ☐ chronisch

Besteht Atemnot? nein ☐ ja ☐ seit

nur bei körperl. Belastung ☐ nachts ☐

Leiden Sie unter Müdigkeit: nein ☐ ja ☐ Schlaferholung gut ☐ schlecht ☐ Tagesmüdigkeit ☐

Tagesschläfrigkeit ☐ starkes Schnarchen ☐ Atemaussetzer ☐

Sonstige Beschwerden:

Rauchen: Nichtraucher ☐ seit

Raucher ☐ Anzahl Zigaretten im Durchschnitt pro Tag

Erlerner Beruf: Ausgeübter Beruf:

Vorerkrankungen oder chronische Erkrankungen:

Sind Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?

In meiner Familie treten gehäuft folgende Erkrankungen auf:

Haben Sie Tierkontakte?:

Hausarzt/überweisender Arzt:

Ich war bereits in lungenfachärztlicher Behandlung:

nein ☐ ja, bei Dr. Jahr

Ich möchte, dass mein Hausarzt/überweisender Arzt einen Bericht bekommt ja ☐ nein ☐

Die Praxis darf mich bei Bedarf kontaktieren. Auch per SMS oder E-Mail. ja ☐ nein ☐

Die Praxis darf mich bei Bedarf an Termine erinnern. Auch per SMS oder E-Mail. ja ☐ nein ☐

Bitte unbedingt Ihre Unterschrift für die Einwilligung:

Falls Sie keinen Medikamentenplan mitgebracht haben, bitte Medikamente auf der Rückseite eintragen

Vielen Dank für Ihre Mühe! Geben Sie den Bogen bitte wieder an der Anmeldung ab!

Fragebogen für unsere neuen Patienten / Medikamentenliste

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber Angehörigen

Ich möchte, dass folgende Angehörige auf Nachfrage Auskunft über die Befunde der Untersuchungen erhalten:

Vollständiger Name und Anschrift:

Verwandtschaftsverhältnis (z. B. Tochter):

Vollständiger Name und Anschrift:

Verwandtschaftsverhältnis (z. B. Tochter):

Mir ist bekannt, dass die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht freiwillig ist und von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Datum:

Unterschrift: