

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Ihre persönliche Telefonnummer: _____
Ihre Email-Adresse: _____

Ihr behandelnder Hausarzt: _____

Datum: _____



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient! Um eine optimale Versorgung zu gewährleisten und eine gute Behandlung, möchten wir Sie bitten, vor dem Arztgespräch, einige Fragen zu beantworten.

1. Wegen welcher Beschwerden kommen Sie zu uns?

2. Haben oder hatten Sie eine der folgenden **Erkrankungen**?

Asthma COPD SARS CoV2 Bluthochdruck Schlaganfall
Zuckerkrankheit Herzschwäche Angina pectoris Herzinfarkt
Sodbrennen Bösartige Erkrankung Rheuma Schuppenflechte

Andere, wenn ja welche? _____

Sind Sie in einem Programm Asthma/COPD zur Kontrolle (DMP?): ja nein

3. Gibt es in Ihrer Familie Lungenerkrankungen?:

nein:

wenn ja : welche Art von Erkrankung: _____ ?

wer in der Familie: _____ ?

4. Ihre Größe: _____

Ihr Gewicht: _____

5. Nehmen Sie **Medikamente** ein (z. B. Tabletten, Tropfen oder auch Inhalationen)?

Ja **dann nutzen Sie bitte die Rückseite!** Nein

6. Sind Sie bereits geimpft gegen....?

SARS Cov2 (Covid19) nein wenn ja, wie oft: _____

Lungenentzündung (Pneumokokken) nein ja

Grippe 21/22 (Influenza) nein ja

Keuchhusten (Pertussis) nein ja

7. Haben Sie Tiere im häuslichen Umfeld: nein: wenn ja , welche _____ ?

Haben Sie **Allergien**?

Nein

Wenn, ja welche? _____

8. **Wann** wurden Sie das letzte Mal **geröntgt** und **was** wurde **geröntgt**?

9. Bei weiblichen Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?:

ja nein bei bestehender Schwangerschaft, Schwangerschaftswoche: ____SW

10. **Rauchen** Sie oder haben Sie **früher** geraucht?

Nie geraucht Raucher/in Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag und seit wann? _____

Ex -Raucher/in wie viele **Zigaretten /Tag** haben Sie geraucht? Bitte geben Sie die gerauchten Jahreszahlen an und wieviel pro Tag :

(Bsp: von 1995- 2000/20 Stck) _____

11. Sind bei Ihnen **Atempausen im Schlaf** beobachtet worden?

Nein Ja, gelegentlich Ja, jede Nacht Weiß nicht

12. Welchen **Beruf** üben Sie aus oder haben Sie früher ausgeübt?

Vor- und Zuname: _____

Ab 25. Mai 2018 gilt auch in Deutschland die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) der Europäischen Union (EU). (siehe Aushang Informationstafel Wartezimmer). Mit Ihrer Unterschrift dürfen wir Befunde und Unterlagen an behandelnde Ärzte weiterleiten.

Unterschrift Patient: _____

Medikamentenangabe:

Nehmen Sie pflanzliche Medikamente/Zusatzstoffe ein, wenn ja, welche? (Johanneskraut, Ingwer..)

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein?

(Beispiel: Magnesium, Natrium, Zink...)

Medikamente (chemisch)	morgens	mittags	abends/Nacht

Bitte beantworten Sie die nächsten Fragen nur, wenn Sie Patient der rheumatologischen Sprechstunde sind.

Nutzen Sie ein Hilfsmittel, um Gehstrecken zu absolvieren, wenn ja, welches?
(Gehhilfen, Rollator, o.ä.)?

Wie lang ist Ihre Gehstrecke maximal? Bitte antworten Sie in der Einheit Metern.

Beispiel: Meine Gehstrecke liegt bei ca 50 Metern?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ihr Praxisteam