

Lungenpraxis Hochrhein

Pneumologie | Schlaflabor | Allergien | Innere Medizin

Dr. med. Matthias Forstmann & Dr. med. Wolfram Palmbach

Gartenstrasse 27 | D-79639 Grenzach-Wyhlen | +49 7624 904 07 47

Fragenbogen Erstvorstellung

Name: _____ Vorname: _____

geb.: _____ Beruf: _____

Hausarzt _____ Email _____

Bekannte Vorerkrankungen

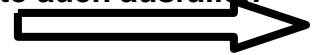
Erkrankung	Bei Ihnen selbst	Bei Großeltern, Eltern, Geschwistern etc.
Vorhofflimmern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkranzgefäße/ Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nesselsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenfibrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaukom/grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatol. Erkg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frühere Operationen und/oder andere Erkrankungen:

Waren Sie schon einmal bei einem Lungenfacharzt?

- Nein Ja, wann _____ , bei wem Dr. Metclafe Dr. Blank
 andere _____

Rückseite bitte auch ausfüllen



Haben Sie schon einmal eine Lungenreha gemacht? ja nein

Waren Sie schon einmal in einem Krankenhaus stationär? ja nein

Wann ? _____ Wo. Kh Rheinfelden KH Lörrach Uni Freiburg
 St. Blasien Sonstige

Rauchen Sie?: nein ja

Haben Sie früher geraucht?: nein ja

wie viele Zigaretten/Tag _____ über wie viele Jahre _____

Wieviel wiegen Sie: _____ kg

- Änderungen des Gewichts in letzten 6 Monaten: Abnahme Zunahme

Grösse _____ cm

bekannte Allergien gegen Medikamente: _____

Andere Allergien: Gräser Bäume Hausstaubmilben Tiere Sonstiges

Aktuelle Beschwerden

	Ja	Nein	Kommentar
Appetit normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schluckstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nachts Aufstehen zum Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft
Tagesschläfrigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einschlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schmerzen in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Luftnot in Ruhe/beim Liegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Luftnot bei Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Husten ohne Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Husten mit Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> viel <input type="checkbox"/> wenig
Farbe des Auswurfs	<input type="checkbox"/> gelb <input type="checkbox"/> grün		<input type="checkbox"/> blutig <input type="checkbox"/> weißlich
Heiserkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Geschwollene Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Berufliche Risiken (Infektion, Unfall, Umgang mit Giften)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wo?:
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Vielen Dank für Ihre Angaben.