

Aufnahmebogen

Name, Vorname..... geboren am:.....

Adresse:.....

Tel.-Nr.:..... Krankenkasse/Versicherung:.....

Ihr Hausarzt: _____

Welche aktuellen **Beschwerden** haben Sie?

- Husten
- Atemnot
- Verschlimmerung meines Asthmas
- Grippe, Fieber
- Blut im Auswurf
- Schmerzen im Rücken
- Verschleimung
- Schmerzen in der Brust
- Sonstiges

Hatten **Sie** je eine **ernste Erkrankung**? Operationen? Tuberkulose? Gelbsucht? Diabetes? Bluthochdruck? Erkrankung der Nasennebenhöhlen? Andere?

.....

Gibt es in Ihrer **Familie** Allergien, Heuschnupfen, Asthma oder Neurodermitis? () Nein ; () Ja

Wenn ja, wer hat was?.....

Haben Sie **Haustiere** oder Kontakt zu Tieren? () Nein () Ja, wenn ja, zu welchen?

.....

Rauchen Sie? () Nein () Ja | **E-Zigarette** () Nein () Ja

Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Durchschnitt täglich?

Wann nach dem Aufstehen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?

Wieviele Jahre rauchen Sie insgesamt?.....

Welcher **beruflichen** Arbeit gehen Sie nach? Sind Sie am Arbeitsplatz Dämpfen, Stäuben oder Gasen ausgesetzt? () Nein () Ja

Wenn ja, welchen?

Reagieren Sie **allergisch**? () Nein () Ja

Wenn ja, wogegen?

Schnarchen Sie? () Nein () Ja Leiden Sie an **Tagesmüdigkeit**? () Nein () Ja

Wurden bei Ihnen im Schlaf **Atemaussetzer** beobachtet? () Nein () Ja

Wann war letztes **Röntgenbild** der Lunge?

Körpergröße: cm **Gewicht:** kg

Haben Sie in den letzten Monaten ungewollt Gewicht abgenommen?: () nein () Ja: _____kg

Welche **Medikamente** nehmen Sie zur Zeit ein (bitte auch alle Augentropfen, Nasensprays, Beruhigungsmittel, Abführmittel, Schlafmittel, „Pille“, Schmerzmittel ... angeben) ?

.....