



Ist Ihre obenstehende **Adresse** korrekt?  **Ja**  **Nein, sie lautet:** .....

Um mit Ihnen in Verbindung treten zu können, nennen Sie uns bitte (wenn vorhanden) Ihre

Telefonnummer..... Handynummer.....

E-Mail-Adresse .....

**Name Ihres Hausarztes:** .....

Sind Sie damit einverstanden, dass Ihr Hausarzt oder überweisender Arzt nach Abschluss der Untersuchung einen **Bericht** von uns bekommt?  ja  nein

Sind Sie bei Ihrem Hausarzt im "**Hausarztvertrag**" (HZV) eingeschrieben?

**ja**  **nein**  **ich weiß nicht**

**Welche Beschwerden** führen Sie in unsere Praxis? Wie lange bestehen sie schon?

.....  
.....

**Die Beschwerden sind begleitet von** (bitte ankreuzen oder unterstreichen, falls zutreffend)

Husten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fieber	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
mit Auswurf	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Atemnot	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
falls Auswurf: eher hell/gelblich/grünlich/Blut		Pfeifen beim Atmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Vermehrte Beschwerden eher**

morgens  tagsüber  abends  nachts  immer gleich  
 bei starker körperlicher Belastungen  beim Treppensteigen  bereits beim Gehen in der Ebene  
 bereits in Ruhe  **nein**, nicht bei körperlicher Belastung.

**Häufige Infekte** der Nasennebenhöhlen  ja, ca. .... / Jahr  nein  
**Häufige Infekte mit Husten und Auswurf**  ja, ca. .... / Jahr  nein

**Sodbrennen / Magenprobleme.** Haben Sie bei sich beobachtet....

saures Aufstoßen  ja  nein  
Brennen hinter der Brust  ja  nein  
Brennen im Rachen  ja  nein

**Frühere Erkrankungen** (bitte ankreuzen, falls zutreffend)

<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> asthmatische Bronchitis	<input type="checkbox"/> häufig Husten und Auswurf
<input type="checkbox"/> Tuberkulose der Lunge	<input type="checkbox"/> Lungenentzündungen	<input type="checkbox"/> HIV positiv nachgewiesen
<input type="checkbox"/> Herzkrankgefäßerkrankung	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck
<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Gallenblasenerkrankung	<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Knochenerkrankung	<input type="checkbox"/> Nervenerkrankung

**Frühere Operationen:**  nein  ja, nämlich .....;  
.....; .....

Tumorerkrankung:  nein  ja: .....  
Gerinnungsstörungen:  nein  ja: .....

Wurden **Röntgenaufnahmen der Lunge** angefertigt?

Ja, am ..... bei Dr. ....  nein

**=> => Bitte weiter auf der nächsten Seite => =>**

Besteht **eine Schwangerschaft**?  ja  nein

**Rauchen**

Rauchen Sie?  Ja  nein, ich bin und war immer Nichtraucher  
Falls Sie aktuell rauchen: z.Zt. durchschnittlich..... Zigaretten pro Tag seit ..... Jahren  
in den "besten Zeiten" bis .... Zigaretten/Tag,  
Haben Sie früher geraucht?  ja, bis vor .... Jahren ca. .... Zig./Tag über .... Jahre hinweg

**Atempausen im Schlaf / Schlaf- Apnoe**

Schnarchen Sie  ja regelmäßig  gelegentlich  nein  
Sind Sie tagsüber dauernd müde?  ja  gelegentlich  nein  
Sind Ihrem Partner bei Ihnen nächtliche Atempausen im Schlaf aufgefallen?  ja  nein

**Allergie**

Beobachten Sie bei sich allergische Reaktionen der Atemwege?  
 Ja, in den Augen  ja, in Augen und Nase,  ja, mit Asthma  **nein**  
Ja, jahreszeitlich abhängig:  eher März - Mai  eher Mai- Juli  eher ganzjährig  nein  
Bei Kontakt mit Tieren wie z.B. ....  ja  nein  
Beim Bettenmachen, -Beziehen, Staubsaugen?  ja  nein  
Werden Haustiere (auch Vögel) gehalten?  ja, nämlich .....  nein  
Sind **früher** einmal **Allergietestungen** durchgeführt worden?  ja  nein

Falls ja: bei Dr. .... am:..... ; dabei konnten Allergien nachgewiesen werden gegenüber:  
Hausstaubmilben  ja  nein Baumpollen (Birke, Erle, Hasel)  ja  nein  
Gräserpollen  ja  nein Getreidepollen (Roggen, Weizen)  ja  nein  
Kräuterpollen  ja  nein Schimmelpilzsporen  ja  nein  
Tierhaare  ja  nein Nahrungsmittel, wie z.B. .... , ....., .....

Liegen **Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten** vor?  ja (bitte unterstreichen)  nein  
Ei, Milch, Fisch, Getreidemehle, Äpfel, Nüsse, Gewürze, Erdbeeren, Fleisch, andere:

Liegen **Medikamenten-Unverträglichkeiten** vor?  ja (bitte unterstreichen)  nein  
Aspirin, Schmerzmittel, Antibiotika, wie ....., ....., andere: .....

Welche **berufliche Tätigkeit** üben (oder übten) Sie aus? .....

Für die **optimale Asthmauntersuchung und Asthmatherapie** ist eine **Entzündungsmessung der Bronchien** („NO-Messung“) sinnvoll. Sie ist nicht Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung und kostet 25,- Euro. Nähere Informationen hierzu finden Sie in den Informationsblättern (Flyern) auf dem Info-Ständer im Wartezimmer. Möchten Sie diese Untersuchung durchführen lassen?  Ja  Nein

Sind Sie in ein **Betreuungsprogramm für chronische Erkrankungen Ihrer Krankenkasse** (z.B. DMP, CURAPLAN usw.) eingeschrieben worden?  Nein,  Ja, in das Programm für  
 Diabetes  Asthma  COPD  KHK  Brustkrebs

**Sehr wichtig:** Welche **Medikamente** nehmen Sie aktuell ein?  
Hier bitte die Medikamente eintragen oder Medikamentenplan beilegen

Medikament/Tagesdosis	Medikament /Tagesdosis	Medikament/Tagesdosis
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Zur **Auswertung der Lungenfunktion** benötigen wir noch:  
Ihre Körpergröße ..... cm und Ihr Körpergewicht ..... kg.

**Sie haben es geschafft - vielen Dank für Ihre Mühe!**



---

Konrad-Zuse-Straße 14  
71034 Böblingen

Telefon 07031 205910  
Telefax 07031 205919

## **Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten**

Ich, \_\_\_\_\_

erkläre mich einverstanden, dass in der Lungenpraxis Medicum Böblingen meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ich hatte die Möglichkeit, ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis einzusehen, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu Behandlungszwecken zu. Darüber hinaus bin ich mit Terminbestätigungen und Terminerinnerungen per E-Mail einverstanden

Böblingen,

---

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters