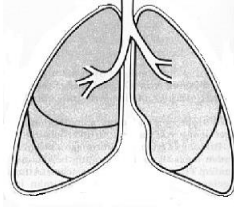


Angestellte Ärztinnen:
Svitlana Mamut
Dr. med. Susanne Grothe



65183 Wiesbaden
An den Quellen 10
☎ 0611 - 374807
Fax: 0611 - 3757760
e-mail : lfz-wiesbaden@t-online.de

Fragebogen zur Krankheitsgeschichte

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Wir bitten Sie um möglichst vollständige Beantwortung der Fragen. Das ärztliche Gespräch wird dadurch nicht ersetzt, jedoch wesentlich erleichtert.

Herzlichen Dank
Ihr Praxisteam

Datum:

Name, Vorname: Geburtsdatum:
Bestehen Medikamentenallergien bzw. Unverträglichkeiten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wogegen?
Leiden Sie an sonstigen Allergien/Heuschnupfen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gegen
Wann wurde der letzte Allergietest durchgeführt?
Wurde bei Ihnen bereits eine Hyposensibilisierung („Allergie-Impfung“) durchgeführt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → Wann, wogegen und wie lang?.....
Rauchen Sie aktuell? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ca. Zigaretten/ Tag, seitJahren Haben Sie früher geraucht? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bis....., ca. Zigaretten/ Tag über ca..... Jahre
Wurde bei Ihnen bereits ein Röntgenbild oder eine Computertomographie (CT) der Lunge durchgeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja, wann und wo?..... Nur Frauen: Ist eine Schwangerschaft ausgeschlossen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Was üben bzw. übten Sie beruflich aus?
Arbeiten Sie mit gesundheitsgefährdenden Stoffen bzw haben Sie damit gearbeitet (z.B. Asbest)? Wenn ja, welche?

Haben Sie Tierkontakte? nein Ja, welche und seit wann?.....

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell (auch Inhalationsmittel, „Pille“, Augentropfen)?
 Wenn Sie eine Liste haben, zeigen Sie uns diese bitte vor. Ansonsten bitte hier auflisten.

Name des Medikaments	Dosis	morgens/mittags/abends
.....	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>

Sind Vorerkrankungen bekannt? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> COPD oder Lungenemphysem | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt, koronare Herzkrankheit, Stent | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung |
| <input type="checkbox"/> Lungenfibrose | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz/Herzschwäche | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Sarkoidose | <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler | <input type="checkbox"/> Rheumaerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Lungenentzündung | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen (z.B. Vorhofflimmern) | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Lungenembolie | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Schlafapnoe | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B/C |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit Nase/Nasennebenhöhlen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen/Reflux | <input type="checkbox"/> Sonstige:..... |
| | | |
| | | |

Wurden bei Ihnen bereits Operationen an **Herz** oder **Lunge** durchgeführt?

nein ja, was und wann?.....

Gibt/Gab es folgende Krankheiten in Ihrer Familie? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Allergien/Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> COPD od. Lungenemphysem | <input type="checkbox"/> Lungenkrebs | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |

Nehmen Sie am DMP Asthma oder COPD teil?

Nein Ja, welcher Arzt hat Sie eingeschrieben?.....

Wenn Sie dazu weitere Informationen möchten, sprechen Sie uns gerne an.