

Patienten - Aufnahmebogen

Name, Vorname, Geb.-Datum: _____

Adresse, Telefon-und Faxnummer, E-Mail:

Beruf/ ehem. Beruf: _____

Hauptbeschwerden, bzw. Anlass des Besuches:

Hausarzt: _____

Raucher oder Exraucher: Ja / Nein wenn ja, wie viel:

Wie oft trinken Sie Alkohol? kein / selten / täglich

Bestehen Allergien: Ja / Nein wenn ja, welche:

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung der Lunge? Wo? Wann?:

Haben Sie Haustiere?: Ja / Nein wenn ja, welche:

Ist Ihr Gewicht im letzten Jahr konstant?

Ja / Nein Zu- oder Abnahme

Müssen Sie nächtlich Wasser lassen? Ja / Nein wenn ja, wie oft:

Wie schlafen Sie? _____

Schnarchen Sie? Ja / Nein

Haben Sie nächtliche Atemaussetzer bemerkt, oder Ihr Partner?

Ja / Nein

Besteht Tagesmüdigkeit oder morgendliche Kopfschmerzen?

Ja / Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Ja / Nein

Bestehen bei Ihnen folgende Erkrankungen? Oder vielleicht auch in der Familie?

<i>Erkrankungen</i>	<i>Besteht bei mir die Erkrankung</i>	<i>In der Familie (Eltern, Geschwister, Kinder, Großeltern)</i>
Tuberkulose		
Lungenentzündung		
Bluthochdruck		
Diabetes mellitus		
Herzerkrankungen		
Herzinfarkt		
Gicht / Rheuma		
Allergien		
Chron. Bronchitis		
Asthma bronchiale		
Neurodermitis		
Schilddrüsenerkrankung		
Nasennebenhöhlen- erkrankungen? (Polypen?)		
Krebserkrankungen		
Psychische Erkrankungen		
Magenbeschwerden? (Sodbrennen) wieoft?		

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf ein (Bitte alle Med. angeben auch Pille, Abführmittel, Beruhigungsmittel und Naturheilmittel)

<i>Medikamente</i>	<i>Dosierung (z.B.. 1-0-1)</i>
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	