

Erstfragebogen

Datum:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

Hausarzt:

E-Mail Adresse:

Krankenkasse:

Wichtige Hinweise:

- Fragebogen vollständig ausfüllen und sofort an die Praxis zurückgeben.
- Nur mit bei uns vorliegendem, ausgefülltem und unterschriebenem Fragebogen ist Ihr Termin verbindlich.
- Röntgenbilder, Vorbefunde, Arztbriefe, Krankenhausberichte (maximal 10 Seiten) mit dem Fragebogen abgeben!
- unbedingt spätestens 1 Werktag vorher absagen, falls Sie nicht kommen können. Ansonsten erhalten Sie eine Verdienstaufrechnung über 80 € (Rechnungsstellung erfolgt über die private Verrechnungsstelle PVS, an die die Abrechnungsdaten zu diesem Zweck weitergegeben werden).
- zum gebuchten Termin am um Uhr bringen Sie Ihre Inhalatoren (Medikamente zum Einatmen) und den Impfpass mit.

Welche Fragestellung steht auf der Überweisung? _____

aktuelle Beschwerden:

- Husten** nein oder seit ____ Tagen ____ Wochen ____ Monaten ____ Jahren
Auswurf nein oder wenig viel in letzter Zeit vermehrt
 Farbe hell weiß-grau gelb grün-gelb schaumig
- Bluthusten** nein oder hellrot (frisch) dunkel (alt)
- Atemnot** nein oder seit ____ Tagen ____ Wochen ____ Monaten ____ Jahren
- Gewichtabnahme** nein wenn ja: gewollt ungewollt ____ kg in ____ Monaten
- Nachtschweiß** nein wenn ja: seit ____
- Schlaf** Schnarchen morgens nicht erholt
 Atempausen tagsüber Einschlafneigung in langweiligen Situationen

andere Beschwerden:

Haben Sie Erkrankungen? keine oder welche und seit wann? (Zutreffendes ankreuzen)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herz-Bypass-Op | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Schlafapnoe | <input type="checkbox"/> Beinvenenthrombose | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Lungenkrebs | <input type="checkbox"/> pAVK | <input type="checkbox"/> Prostatakrebs |
| <input type="checkbox"/> Lungenembolie | <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Brustkrebs |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Darmkrebs |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | | |

Wurden Sie operiert? nein. Wenn ja: was, wo und in welchem Jahr?

weiter auf der Rückseite

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt? keine. Oder Zutreffendes ankreuzen

	Asthma	Krebserkrankung	Diabetes	andere, ggf. welche?
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Organ:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Organ:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Organ:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Organ:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Großeltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Organ:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nehmen Sie Medikamente? nein. Wenn ja ggf. Liste beifügen. Medikamente zum Einatmen nicht vergessen!

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

Sind Sie geimpft? nein. Wenn ja gegen:

- Grippe (Influenza) _____ (Jahr der letzten Impfung)
- Lungenentzündung (Pneumokokken) _____ (Jahr der letzten Impfung)
- Keuchhusten (Pertussis) _____ (Jahr der letzten Impfung)
- Corona 1. Impfung Folgeimpfung

Rauchen Sie? noch nie ja nicht mehr. Wenn ja oder nicht mehr

- Zigaretten Pfeife Zigarren Zigarillos Tabak E-Zigarette
- Beginn (Jahr) _____ ggf. Ende (Jahr): _____ Menge: _____ /Tag

Haben Sie Allergien? nein. Wenn ja, wogegen?

Welchen Beruf haben Sie? (ggf. seit wann Rentner, früher tätig als):

Wann ist die letzte Röntgenaufnahme der Lunge gemacht worden? : noch nie oder
wann: _____ wo: _____

Für Frauen: Sind Sie schwanger? nein ja

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten/Befunde an meinen Hausarzt oder andere mit- bzw. nachbehandelnde Ärzte weitergegeben werden. Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit widerrufen (Datenübermittlung nach § 73 Abs.1 b SGB V).
Den Inhalt der Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und bin einverstanden.

Datum: _____

bitte hier unterschreiben

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Druckdatum: 21.09.2021

nur vom Team auszufüllen

- | | | | | |
|---|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Body | <input type="checkbox"/> BGA | <input type="checkbox"/> rö1 | Labor | DMP <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> neu |
| <input type="checkbox"/> Spiro | <input type="checkbox"/> Oxyergo | <input type="checkbox"/> rö2 | <input type="checkbox"/> kl.BB, INR, PTT | Termin |
| <input type="checkbox"/> Lyse | <input type="checkbox"/> +EKG | <input type="checkbox"/> Sono | <input type="checkbox"/> Diff-BB | <input type="checkbox"/> PG |
| <input type="checkbox"/> Diff | <input type="checkbox"/> Spiroergo | Impfen | <input type="checkbox"/> Krea, TSH | <input type="checkbox"/> Broncho |
| <input type="checkbox"/> Metacholin | <input type="checkbox"/> EKG | Pneumokokken | <input type="checkbox"/> U-Status | <input type="checkbox"/> CD brennen |
| <input type="checkbox"/> P0,1/PI max | <input type="checkbox"/> Bel.-EKG | <input type="checkbox"/> Prevenar 13 | <input type="checkbox"/> sIL2R <input type="checkbox"/> ACE | <input type="checkbox"/> Rp Milbenbezüge |
| <input type="checkbox"/> FeNO | <input type="checkbox"/> 6'-Gehtest | <input type="checkbox"/> >60 Pneumovax | <input type="checkbox"/> Alere Triage | <input type="checkbox"/> Quittung Besch. |
| <input type="checkbox"/> In-Check | <input type="checkbox"/> Nitrogabe | <input type="checkbox"/> Influenza | <input type="checkbox"/> A1-AT | <input type="checkbox"/> CT-Termin |
| <input type="checkbox"/> ACT <input type="checkbox"/> CAT | <input type="checkbox"/> RR nachmessen | <input type="checkbox"/> Boostrix | <input type="checkbox"/> AlphaKit | <input type="checkbox"/> O2-Schulung |
| <input type="checkbox"/> peakflow | | <input type="checkbox"/> Covaxis (s.c.) | QuickScreen | Kontrolle |
| <input type="checkbox"/> Inhalator | | <input type="checkbox"/> Comirnaty (s.c.) | <input type="checkbox"/> BNP | <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 12 Mo <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> Quantiferon | |
| | | | <input type="checkbox"/> AT | |