Dr. med. D. Holtermann
Praxis für Lungenheilkunde • Allergologie • Schlafmedizin

Bergmannstr. 46
26789 Leer
Telefon: 0491-9279350
E-Mail: info@praxis-Holtermann.de

Erstfragebogen

Datum: **Name:** **Vorname:** **Geb.:**

Adresse:

Telefon: **Hausarzt:**

E-Mail: **Krankenkasse:**

Wichtige Hinweise:

- Fragebogen **vollständig** ausfüllen und **sofort** zurückgeben. Nur mit vorliegendem, ausgefülltem und unterschriebenem Fragebogen ist Ihr Termin verbindlich.
- Röntgenbilder, Vorbefunde, Arztbriefe, Krankenhausberichte (max. 10 Seiten) mit dem Fragebogen abgeben!
- Absage unbedingt spätestens 1 Werktag vorher, sonst Verdienstausfallrechnung über 80 € (Rechnungsstellung über die private Verrechnungsstelle PVS, an die die Abrechnungsdaten zu diesem Zweck weitergegeben werden).
- Termin am ____ um ____ Uhr: Bitte Inhalatoren (Medikamente zum Einatmen) und Impfpass mitbringen.

Welche Fragestellung steht auf der Überweisung?

aktuelle Beschwerden:

Husten ☐ nein oder seit ____ Tage ____ Wochen ____ Monate ____ Jahre

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 ____ Tage ____ Wochen ____ Monate ____ Jahre

Gewichtabnahme ☐ nein wenn ja: ☐ gewollt ☐ ungewollt ____ kg in ____ Monaten

Nachtschweiß ☐ nein wenn ja: seit

Schlaf ☐ Schnarchen ☐ morgens nicht erholt ☐ Atempausen ☐ tagsüber Einschlafneigung

andere Beschwerden:

Haben Sie Erkrankungen?

☐ keine oder welche und seit wann? (Zutreffendes ankreuzen)

☐ COPD	☐ Herzinfarkt	☐ Diabetes
☐ Asthma	☐ Herz-Bypass-Op	☐ Rheuma
☐ Schlafapnoe	☐ Beinvenenthrombose	☐ Neurodermitis
☐ Lungenkrebs	☐ pAVK	☐ Prostatakrebs
☐ Lungenembolie	☐ hoher Blutdruck	☐ Brustkrebs
☐ Tuberkulose	☐ Depression	☐ Darmkrebs

☐ andere:

seit wann / Anmerkungen:

Wurden Sie operiert?

☐ nein. Wenn ja: was, wo und in welchem Jahr?

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?

☐ keine. Oder Zutreffendes ankreuzen

	Asthma	Krebserkrankung		Diabetes	andere, ggf. welche?
Vater	☐	☐ Organ:		☐	
Mutter	☐	☐ Organ:		☐	
Bruder	☐	☐ Organ:		☐	
Schwester	☐	☐ Organ:		☐	
Großeltern	☐	☐ Organ:		☐	

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 (Jahr der letzten Impfung):

☐ Grippe (Influenza)
☐ Keuchhusten (Pertussis, DPT)
☐ RSV (Respiratory Syncytial Virus)
☐ Lungenentzündung (Pneumokokken)
☐ Corona

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):

Letzte Röntgenaufnahme der Lunge?

☐ 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 Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen (§ 73 Abs. 1 b SGB V). Den Inhalt der Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und bin einverstanden.

☐ Ich stimme zu. Datum: Unterschrift:

bitte hier unterschreiben (am Bildschirm ausfüllen oder ausdrucken und handschriftlich unterschreiben)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

nur vom Team auszufüllen

☐ Body ☐ Spiro ☐ Lyse ☐ Diff ☐ Metacholin ☐ P0,1/PI max ☐ FeNO ☐ In-Check ☐ ACT ☐ CAT ☐ peakflow ☐ Inhalator	☐ BGA ☐ Oxyergo ☐ +EKG ☐ Spiroergo ☐ EKG ☐ 6´-Gehtest ☐ Nitrogabe ☐ RR nachmessen	☐ rö1 ☐ rö2 ☐ Sono **Impfen:** ☐ < 60 Influenza ☐ > 60 Eflueldа ☐ Prevenar 20 ☐ Boostrix ☐ Arexvy ☐ COVID anmelden **ePA:** ☐ gewünscht ☐ nicht gewünscht	**Labor:** ☐ kl.BB,INR,PTT ☐ Diff-BB + Az ☐ Ges.-IgE ☐ Krea, TSH ☐ U-Status ☐ sIL2R ☐ ACE ☐ Alere Triage ☐ A1-AT ☐ AlphaID ☐ BNP ☐ Quantiferon ☐ AT	**DMP:** ☐ A ☐ C ☐ neu **Termin:** ☐ PG ☐ Broncho ☐ CD brennen ☐ Rp Milbenbezüge ☐ Anwesenh.-Besch. ☐ HR-CT-Termin ☐ CT-KM-Termin ☐ NASA/COBRA ☐ Nachschulung/Kontrolle ☐ 3 Mo ☐ 6 Mo ☐ 12 Mo