



Lunge 77

Liebe Patient*innen,

bitte beantworten Sie uns vor Ihrer Untersuchung folgende Fragen:

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Warum kommen Sie zu uns?

Beschwerden

- | | |
|---|--|
| ☐ Husten | ☐ Routinekontrolle |
| ☐ Atemnot | ☐ OP-Freigabe |
| ☐ Schmerzen | ☐ Schlafuntersuchung |
| ☐ Freigabe für Desensibilisierung (Immuntherapie gegen Allergien) | |

Sind bei Ihnen Erkrankungen der Lunge oder der Atemwege bekannt?

- | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Nein | ☐ Ja | ☐ Asthma |
| | | ☐ COPD |
| | | ☐ Sonstige _____ |

Haben Sie Vorbefunde? → Wenn ja, geben Sie diese bitte am Schalter ab.

Welche der folgenden Impfungen haben Sie?

- | | |
|---|--|
| ☐ Pneumokokken | ☐ Influenza (= echte Grippe) |
| ☐ Corona | ☐ RSV |
| ☐ Pertussis (Keuchhusten) | ☐ Shingrix (Gürtelrose) |

bitte wenden %

Rauchen Sie (Zigaretten, Heets, Vapes, Shisha, Pouches oder ähnliches) oder haben Sie früher geraucht?

Nein

- ☐ nie geraucht ☐ nicht mehr seit _____ Jahren

Ja

- ☐ ich rauche im Schnitt täglich _____ Zigaretten seit _____ Jahren
☐ mitgeraucht (Passivrauchexposition)

Allergien?

- ☐ Wenn ja, welche? _____

Heuschnupfen?

- ☐ Nein ☐ Ja

Bekannte Vorerkrankungen?

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| ☐ Herzinfarkt | ☐ Bluthochdruck | ☐ Refluxerkrankung |
| ☐ Diabetes | ☐ Depression | ☐ Angst/Panikstörung |
| ☐ Thrombose | ☐ Schilddrüsenerkrankung | |
| ☐ Lungenembolie | ☐ Krebserkrankung | |

Gibt es in Ihrer Familie Lungenerkrankungen?

- ☐ Nein ☐ Wenn ja, welche? _____
(Asthma, COPD, Lungenkrebs?)

Haben Sie Haustiere oder regelmäßige Kontakt mit Tieren?

Ausgeübte Berufe und frühere berufliche Tätigkeiten?

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

➔ Falls Sie eine Liste haben, geben Sie diese bitte am Schalter ab.