

# LUNGENARZTPRAXISTEGEL

ALLERGOLOGIE · SCHLAFMEDIZIN · ONKOLOGIE

Wir bitten um möglichst vollständige Beantwortung der folgenden Fragen. Alle Angaben sind freiwillig!

Name, Vorname \_\_\_\_\_ (ggf. Geburtsname) \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer, PLZ/Ort

Beruf \_\_\_\_\_  
(bei Rentnern: ehem. Beruf, soweit für Atemwegserkrankungen von Bedeutung)

Krankenkasse / Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Zuweisender Arzt und /  
oder andere behandelnde Ärzte \_\_\_\_\_  
(ggf. Empfänger eines Arztberichtes aus unserer Praxis)

Hauptbeschwerden  
bzw. Anlass des Besuchs \_\_\_\_\_

Letzte Röntgenaufnahme der Lunge: \_\_\_\_\_  
wo? \_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_

Letzter Krankenhausaufenthalt: \_\_\_\_\_  
wo? \_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_

Allergien? \_\_\_\_\_

Medikamenten-Unverträglichkeiten? \_\_\_\_\_

Besteht aktuell eine Schwangerschaft? \_\_\_\_\_

Frühere Krankheiten in Stichworten mit Zeitangaben	Erkrankung:	Jahr:
	1) _____	_____
	2) _____	_____
	3) _____	_____
	4) _____	_____
	5) _____	_____

Alle Medikamente, ständig oder bei Bedarf eingenommen, auch Dosier- aerosole („Asthmasprays“), auch „Pille“, Abführmittel, Beruhigungs- mittel und Naturheil-Mittel	Medikament:	Dosierung (z. B.: 1 - 0 - 1):
	1) _____	_____
	2) _____	_____
	3) _____	_____
	4) _____	_____
	5) _____	_____
	6) _____	_____
	7) _____	_____

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift

Wir wollen als Gemeinschaftspraxis für Sie da sein. Ihre Wünsche, bei einem bestimmten unserer Ärzte in Behandlung zu sein, berücksichtigen wir gerne, sofern dies terminlich möglich ist.