

Die möglichst vollständige Kenntnis früherer oder aktueller Krankheiten sowie weiterer gesundheitsbezogener Informationen hilft uns bei der Stellung der richtigen Diagnose und der Festlegung sicherer Therapien. Hierbei ist es auch wichtig zu wissen, ob Sie bereits Medikamente nehmen – auch, wenn diese auf den ersten Blick gar nichts mit den Lungen oder den Atemwegen zu tun haben. Auf der zweiten Seite fragen wir nach Ihren Symptomen in Zusammenhang mit möglichen Einflüssen der Umwelt. Diese Aspekte spielen in der Lungenheilkunde stets eine besondere Rolle. Bitte füllen Sie daher den Fragebogen vollständig aus und bringen ihn dann zum Termin mit. Die dritte Seite umfasst die Einverständniserklärung zum Datenschutz.

NAME _____ VORNAME _____ GEBURTSDATUM _____

Sind Vorerkrankungen bekannt?

- Lungenentzündung
- Rippenfellentzündung
- Asthma
- Heuschnupfen
- Herzerkrankungen
- Bluthochdruck
- Zuckerkrankheit
- Bösartige Tumorerkrankungen
- größere Operationen
- Andere:

Nähere Angaben hierzu:

Medikamente und Dosis:

Bekannte Medikamentenallergien:

- Antibiotika (welche?)
- Röntgenkontrastmittel
- andere:

Weitere Allergien und Unverträglichkeiten

Sind Sie Raucher?

Wenn ja – wie viele Zigaretten pro Tag? _____
Wie viele Jahre haben Sie geraucht? _____
Wie viele Jahre Exraucher? _____

Berufliche Tätigkeit (wenn Ruhestand, bitte Angabe des früheren Berufes)

Gemeinschaftspraxis für Lungenheilkunde
Dres. Haupt Golke, Sackmann
Berliner Freiheit 1d - 28327 Bremen

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Kreuzen Sie bitte an oder ergänzen Sie!

Gegenwärtige Beschwerden (Hauptbeschwerden unterstreichen):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Augenentzündung seit _____ | <input type="checkbox"/> Schnupfen seit _____ | <input type="checkbox"/> Asthma-Anfälle: ____mal/Jahr seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Niesanfälle seit _____ | <input type="checkbox"/> Bronchitis seit _____ | <input type="checkbox"/> Schwellungen (z.B. Augen, Lippen, Zunge) seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Reizhusten seit _____ | <input type="checkbox"/> Nesselfieber seit _____ | <input type="checkbox"/> Magen-Darmbeschwerden (z.B. Durchfall) seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Ekzeme seit _____ | | |

Sind Ihnen die Auslöser der Beschwerden bekannt? Nein Ja, und zwar _____

Auftreten der Beschwerden:

- unregelmäßig ganzjährig gleich seit (bitte Monate ankreuzen)
 mit jahreszeitlicher Verschlechterung überwiegend in bestimmten Monaten (bitte Monat ankreuzen)

- | | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Januar | <input type="checkbox"/> Februar | <input type="checkbox"/> März | <input type="checkbox"/> April |
| <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Juni | <input type="checkbox"/> Juli | <input type="checkbox"/> August |
| <input type="checkbox"/> September | <input type="checkbox"/> Oktober | <input type="checkbox"/> November | <input type="checkbox"/> Dezember |

Kontakt mit:

- Heu Mehl Staub Kosmetika
 Medikamenten anderen Stoffen? welchen? _____

Besteht Kontakt mit Tieren? Ergaben sich hierbei körperliche Beschwerden? ja nein

- | | | | |
|--------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hund | <input type="checkbox"/> Meerschweinchen | <input type="checkbox"/> Kaninchen | <input type="checkbox"/> Tauben |
| <input type="checkbox"/> Katze | <input type="checkbox"/> Hamster | <input type="checkbox"/> Rind | <input type="checkbox"/> Ziervögel |
| <input type="checkbox"/> Pferd | <input type="checkbox"/> andere: _____ | | |

Haben sich Ihre Beschwerden geändert?

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| am Arbeitsplatz | am Wochenende oder Urlaub | zu Hause | in der Natur |
| <input type="checkbox"/> schlechter | <input type="checkbox"/> schlechter | <input type="checkbox"/> schlechter | <input type="checkbox"/> schlechter |
| <input type="checkbox"/> unverändert | <input type="checkbox"/> unverändert | <input type="checkbox"/> unverändert | <input type="checkbox"/> unverändert |
| <input type="checkbox"/> besser | <input type="checkbox"/> besser | <input type="checkbox"/> besser | <input type="checkbox"/> besser |

An welchen Orten treten die Beschwerden besonders auf? _____

Beschaffenheit der Wohnung: Altbau Neubau feucht trocken

Gibt es Allergien in der Familie?

- Mutter: _____ Geschwister: _____
 Vater: _____ Weitere: _____

Vielen Dank!
Ihr Team der Lungenfacharztpraxis Berliner Freiheit

Gemeinschaftspraxis für Lungenheilkunde
Dres. Haupt, Golke, Sackmann
Berliner Freiheit 1d - 28327 Bremen

Name

Vorname

Geburtsdatum

Einverständnis zur Datenverarbeitung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten intern allen Mitarbeitern und Ärzten der Praxis Dres. Felix Haupt, Helmut Golke und Sandra Sackmann offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin nehme zur Kenntnis, dass alle Mitarbeiter der Praxis Haupt, Golke, Sackmann zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die ausführliche Patienteninformation zum Datenschutz in der Praxis im Wartebereich zur Einsicht ausliegt. Bei Fragen hierzu kann ich mich an die Mitarbeiterinnen wenden.

Alle im Zusammenhang mit meiner Untersuchung/Behandlung erhobenen Daten dürfen unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen (DSGVO) meinem Hausarzt und weiterbehandelnden Fachärzten sowie Krankenhäusern zum Zweck der Weiter- und/oder Mitbehandlung übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass für meine Untersuchung/Behandlung wichtige Befunde bei mit-/vorbehandelnden Ärzten angefordert werden können.

Sofern Ihre personenbezogenen Daten und Unterlagen von Versorgungsamt, Sozialgericht, Landesgewerbearzt, Krankenkasse, Gesundheitsämtern, kassenärztlicher Vereinigung, medizinischem Dienst der Krankenkasse oder der zuständigen Berufsgenossenschaft angefordert werden, übermitteln wir diese Unterlagen an die anfordernde Stelle nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften oder mit Ihrem Einverständnis.

Zum Zweck der Kontaktaufnahme (z.B. Information über eingegangene Befunde, Terminvereinbarungen) dürfen Telefonnummer, Postanschrift und Email-Adresse verwendet werden.

Ich bin darüber informiert, dass diese Einverständniserklärung freiwillig ist und die ärztliche Behandlung hiervon nicht abhängt. Ich kann meine Einverständniserklärung jederzeit mit sofortiger Wirkung widerrufen oder einzelne Behandlungsfälle ausnehmen lassen.

Datum, Unterschrift