



Name, Vorname:

PatID:

Geburtsdatum:

Bei mir ist in der Vergangenheit eine Lungenerkrankung festgestellt worden

nein ja, nämlich:

Ich war in der Vergangenheit regelmäßig beim Lungenarzt behandelt worden

Nein ja Praxis Hastra

Körpergröße (cm): Körpergewicht (kg):

Meine Hauptbeschwerden sind am ehesten...

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Häufiger Husten | <input type="checkbox"/> Anfälle von Luftnot |
| <input type="checkbox"/> Luftnot bei Anstrengung | <input type="checkbox"/> Atembeschwerden nachts |
| <input type="checkbox"/> Allergie-Beschwerden | <input type="checkbox"/> Ungewollter Gewichtsverlust |
| <input type="checkbox"/> Anderes, nämlich: | |

Die Beschwerden bestehen seit

Was vermuten Sie als Auslöser:

Bei mir sind Allergien bekannt nein ja

Medikamente Nahrungsmittel Pollen sonstige

und zeigen sich als.....

Beruf (oder ehemaliger Beruf):

ich bin berentet beruflich musste ich viel Staub/Gase einatmen

Rauchen Sie? Nie Früher ja, aktuell ca. Zig. pro Tag

In welchem Alter haben Sie angefangen zu rauchen?

Wieviele Jahre haben Sie Pause gemacht?

In welchem Alter haben Sie aufgehört?

Wieviele Zig. haben Sie durchschnittlich pro Tag geraucht:

Impfstatus: CoViD: wie oft wann zuletzt geimpft oder infiziert

Pneumokokken („Lungenentzündung“): nein ja

Influenza („Grippe“): nein ja

Welche Medikamente nehmen Sie dauerhaft?

Welche Medikamente inhalieren Sie für die Lunge (Name/Dosis/wie oft/Bedarfspray?):