

Aktuelles Datum:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Tel.-Nr. für Rückrufe:

Drs. Mardo, Doepner, Schröter, Prebeg und Brune
Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie, Schlafmedizin

DOC Kampstraße 45
44137 Dortmund
Tel.: 0231-56 78 56 0

Ärztliche Fragen zur Krankengeschichte

Sehr geehrte(r), liebe(r) Patient(in)! Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig und gewissenhaft aus. Er hilft uns, Ihre Erkrankungursache zu finden. Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Aktueller Beruf:

Hatten Sie beruflichen Asbestkontakt?

Früher ausgeübte Berufe:

Staatsangehörigkeit:

Haben Sie folgende **Beschwerden oder Symptome:**

1. Reizhusten
oft wenig nein

seit ca. (z.B. 3 Tagen, 5 Monaten, 10 Jahren)

2. Husten mit Auswurf

seit ca.

3. zäher, festsitzender Auswurf

seit ca.

4. gelber /gelb-grüner Auswurf

seit ca.

5. Blutspuren im Auswurf

seit ca.

6. Luftnot in Ruhe

seit ca.

7. nächtliche Luftnot
Falls ja, Besserung durch
Aufsetzen im Bett?

8. nächtliches Wasserlassen, falls ja, wie oft?

9. Anschwellen der Beine
nur gegen Abend
oder den ganzen Tag über

10. Luftnot bei Belastung

seit ca.
Falls ja, wie viele Stockwerke können Sie Treppensteigen
bis Sie wegen Luftnot stehen bleiben müssen?

11. Schlafstörungen

12. Tagesmüdigkeit

13. Einschlafneigung am Tage

14. Nächtliches Schnarchen

15. Nächtliche Atempausen

Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen **ärztlicherseits**
festgestellt worden?

ja nein ggf. (seit) wann?

16. Bronchitis

17. Asthma

18. Neurodermitis

19. Tuberkulose

20. Nasennebenhöhlen-
entzündungen

21. Lungenentzündungen

22. Lungenkrebs

23. Bluthochdruck

24. Schlaganfall

25. Herzinfarkt

26. Wurde bisher ein Linksherz-
katheter durchgeführt?

27. Magen/Zwölffinger-
darmgeschwüre

28. Zuckerkrankheit

29. Blutarmut (Anämie)

30. Rheuma

31. AIDS

32. Schilddrüsenerkrankung

33. Krebserkrankung
ggf. welche?

34. andere ernsthafte Erkrankungen
ggf. welche?

Allergologische Fragen

Allgemeine und lungenfachärztliche Fragen

- ja nein
35. Heuschnupfen (häufiger Schnupfen)
ggf. in welchen Monaten
seit wann
36. Niesanfälle (mehr als 3x nacheinander)
ggf. in welchen Monaten
37. Augentränen / Augenjucken
ggf. in welchen Monaten
38. Bestehen die oben genannten Beschwerden besonders
am frühen Morgen ?
39. Verwenden Sie einen
milbendichten Matratzenüberzug ?
40. Naselaufen bei
Warm-Kalt-Wechsel
41. Überempfindlichkeit gegen
Insektenstiche (Biene / Wespe)
Falls ja, mit welchen Symptomen?
.....
42. Mit welchen Tieren (u. a. Haustiere und Vögel) haben
Sie Kontakt?
.....
43. Wurde bisher
ein Allergietest durchgeführt?
Wann?
44. Welche Allergien wurden festgestellt?
.....
.....
.....
45. Vermuten Sie selber zusätzliche Allergien, ggf.
welche?
.....
.....
46. Wurde eine Hyposensibilisierung durchgeführt?
Wogegen?
Wann?
47. Juckreiz (und evt. Schwellung) an Gaumen und Rachen
nach dem Essen von folgenden Lebensmitteln:
.....
.....

- ja nein
48. Wie heißt ihr Hausarzt ?
.....
49. Sind Sie schwanger?
Ggf. in welchem Monat
50. Wann war die letzte Lungen-Röntgenuntersuchung?
ca.
51. Rauchen Sie?
Falls ja, wie viel täglich
52. Falls Sie rauchen, bitte kreuzen Sie an:
 ich bin entschlossen innerhalb der nächsten
4 Wochen mit dem Rauchen aufzuhören
 ich rechne damit, dass ich innerhalb der
nächsten 6 Monate aufhöre zu rauchen
 ich habe vor, irgendwann mit dem Rauchen
aufzuhören
 ich beabsichtige nicht, mit dem Rauchen aufzuhören
53. Sind Sie Exraucher?
Falls ja, seit wann?
Wie viel täglich haben Sie geraucht?
54. Trinken Sie regelmässig (mehr als 1 Glas pro Tag)
Alkohol ?
55. Haben Sie Sodbrennen ?
wenn ja, wie oft pro Woche
56. Treiben Sie mindestens
einmal pro Woche Sport?
57. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?
.....
.....
.....
58. Bestehen Medikamentenunverträglichkeiten?
.....
59. Leiden Sie unter abendlicher Unruhe in den Beinen ?
60. Bessert sich diese Unruhe durch Bewegung ?
61. Werden Sie regelmässig (jährlich) gegen Grippe
geimpft ?
62. Sind Sie gegen Lungenentzündung geimpft ?

Unterschrift:

Freigabe am 23.08.2023