

Name:

Vorname:

Ihre Telefonnummer:

Ihre Handynummer:

Ihr Hausarzt:

Ihre Größe: _____ Ihr Gewicht: _____

Eigene Krankheiten (z.B. Bluthochdruck, Zuckerkrankheit): _____

Allergien (z.B. Hausstaub, Pollen): _____

Ihre Beschwerden:

- | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | Atemnot in Ruhe | <input type="checkbox"/> | Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> |
| Schnupfen | <input type="checkbox"/> | Atemnot bei Anstrengungen | <input type="checkbox"/> | Gewichtsabnahme | <input type="checkbox"/> |
| Nebenhöhleninfekten | <input type="checkbox"/> | Atemnotsanfälle | <input type="checkbox"/> | Mattigkeit | <input type="checkbox"/> |
| Heiserkeit | <input type="checkbox"/> | Schnarchen | <input type="checkbox"/> | Sodbrennen | <input type="checkbox"/> |
| Husten | <input type="checkbox"/> | Tagesmüdigkeit | <input type="checkbox"/> | Hautjucken | <input type="checkbox"/> |
| Auswurf | <input type="checkbox"/> | Nächtliche Atempausen | <input type="checkbox"/> | | |
| Brustschmerzen | <input type="checkbox"/> | Nachtschweiß | <input type="checkbox"/> | | |

Krankheiten in Ihrer Familie, also bei den Eltern / Geschwistern / Kindern:

- | | | | |
|-------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Bronchitis | <input type="checkbox"/> | Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> |
| Asthma-bronchiale | <input type="checkbox"/> | Herz- und Kreislauferkrankungen | <input type="checkbox"/> |
| Hautkrankheiten | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall | <input type="checkbox"/> |
| Allergien | <input type="checkbox"/> | Krebs | <input type="checkbox"/> |
| Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> | Tuberkolose | <input type="checkbox"/> |

Geben Sie Ihren Medizin-Plan an der Anmeldung ab!

Gibt es **Überempfindlichkeiten** gegen Medikamente oder Speisen? _____

Haben Sie **Haustiere** (drinnen/draußen)? _____

Rauchen Sie?

ja Zigaretten E-Zigarette Zigarren Pfeife

Nie-Raucher Ex-Raucher

Wie lange haben Sie wieviele Zigaretten geraucht? _____



Ist der Brustkorb / die Lunge geröntgt worden?

ja nein

wann?			
wo?			

Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein

Könnte eine Schwangerschaft bestehen?

ja nein

Waren Sie schon einmal wegen einer schweren Erkrankung im Krankenhaus? ja nein

wann?			
warum?			
wie lange?			

Waren Sie schon einmal zur Kur / Reha-Maßnahme? ja nein

wann?			
warum?			
wie lange?			

Waren Sie längere Zeit im Ausland? ja nein

Besonders außerhalb Europas? ja nein

Welchen **Beruf** üben Sie **zur Zeit** aus? _____

Welche **anderen Berufe oder Tätigkeiten** haben Sie in **Ihrem Leben** ausgeübt?

Sind Sie derzeit krankgeschrieben? ja nein
Sind Sie berufstätig? ja nein
Sind Sie berentet? ja nein GdB _____ %
Haben Sie eine Schwerbehinderung? ja nein Merkzeichen _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, daß dem Hausarzt und/oder dem zuweisenden Arzt ein Arztbrief zugesandt wird.

Ihre Unterschrift