

**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"/> | Atemnots anfälle          | <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**