



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!
 Bitte füllen Sie den vorliegenden Fragebogen aus. Durch Ihre freundliche Mitwirkung können Doppeluntersuchungen vermieden und die Behandlung sicherer gestaltet werden.
Unser Praxisteam ist Ihnen gerne dabei behilflich!

Lungenzentrum Nordschwaben
Pneumologische Praxis und Schlaflabor
Dr. med. Wolfgang Hübner
 Facharzt für Innere Medizin,
 Lungen- und Bronchialheilkunde
 Ziegelstraße 38
 89407 Dillingen/Donau
 Telefon: 09071-33 77 , Telefax: 09071-72 77 77
 Internet: www.lungenzentrum-nordschwaben.de



Name, Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Straße: _____ **Wohnort:** _____

Beruf: (bei Rentnern, frühere Tätigkeit) _____

Hausarzt: _____

Bitte ankreuzen

Vorerkrankungen:	<input type="checkbox"/> Herz/Kreislauf/Blutdruck	<input type="checkbox"/> Lunge/Bronchien	<input type="checkbox"/> Stoffwechsel
	<input type="checkbox"/> Magen/Darm	<input type="checkbox"/> Niere	<input type="checkbox"/> Nerven
	<input type="checkbox"/> Knochen/Gelenke	<input type="checkbox"/> (andere) _____	
	<input type="checkbox"/> Allergietest durchgeführt (nach 2005)		
	<input type="checkbox"/> Allergie: welche? _____		
Nahrungsmittelunverträglichkeit:	<input type="checkbox"/> JA welche? _____		
Medikamentenunverträglichkeit:	<input type="checkbox"/> JA welche? _____	<input type="checkbox"/> NEIN	
Röntgenaufnahme der Lunge (in den letzten 6 Monaten)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Haustiere:	<input type="checkbox"/> JA welche? _____	<input type="checkbox"/> NEIN	
Hobbys:	<input type="checkbox"/> JA welche? _____	<input type="checkbox"/> NEIN	
Tabakgenuß:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> bis 10	<input type="checkbox"/> bis 20
	(Menge Zigaretten)	<input type="checkbox"/> über 20 pro Tag	
Alkoholgenuß:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> regelmäßig	Anzahl Glas (Bier, Wein) pro Tag: _____
Schnarchen:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> UNBEKANNT
Vorerkrankungen Familie: (Groß-/Eltern, Kinder)	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Neurodermitis	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen
	<input type="checkbox"/> Allergien		
Tropenreise/Amerikareise im letzten Jahr ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	

Ein Befundbericht an den Hausarzt wird gewünscht

bzw. andere Ärzte: Name: Adresse: _____

Ich bin mit einer Terminerinnerung an fällige Termine und Untersuchungen einverstanden

Dillingen, den _____ **Unterschrift:** _____