
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Einleitung einer umfassenden und sorgfältigen Untersuchung und Behandlung in unserer Praxis bitten wir Sie, uns zu helfen und möglichst vollständige Angaben insbesondere auch über sämtliche zurzeit benutzten Medikamente zu machen. Vielen Dank! Dr. P. Funke, Dr. A. Kohli

Name: _____ Geburtsdatum: _____

ausgeübter/erlernter Beruf: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____ Hausarzt: _____

Welche Beschwerden haben Sie? _____

Seit wann haben Sie diese Beschwerden: _____

Sind sie deshalb schon einmal behandelt worden? Ja Nein

Von wem? _____ Wann? _____

Unter welchen anderen Krankheiten leiden Sie? _____

Wurden von Ihrer Lunge bereits Röntgen-Bilder gemacht? Ja Nein

Von wem? _____ Wann? _____

Wurde bei Ihnen schon einmal ein Allergie-Test durchgeführt? Ja Nein

Von wem? _____ Wann? _____

Mit welchem Ergebnis? _____

Welche Medikamente nehmen Sie? Bitte alle Medikamente angeben! _____

Nehmen Sie Beta-Blocker oder antiallergische Medikamente ein? Welche? _____

Haben Sie Allergien gegen Medikamente? Ja Nein

Halten Sie Tiere? Wenn ja, Welche? _____

Rauchen Sie? Wenn ja, Wann haben Sie angefangen und wie viel rauchen Sie? _____

Oder haben Sie schon aufgehört zu rauchen? Wenn ja, wann? _____