

LUNGENARZTPRAXISTEGEL

ALLERGOLOGIE · SCHLAFMEDIZIN · ONKOLOGIE

Wir bitten um möglichst vollständige Beantwortung der folgenden Fragen. Alle Angaben sind freiwillig!

Name, Vorname _____ (ggf. Geburtsname)

Telefon-Nr. _____ Geburtsdatum _____

E-Mail _____

Adresse _____
Straße/Hausnummer, PLZ/Ort

Beruf _____
(bei Rentnern: ehem. Beruf, soweit für Atemwegserkrankungen von Bedeutung)

Krankenkasse / Krankenversicherung _____

Zuweisender Arzt und /
oder andere behandelnde Ärzte _____
(ggf. Empfänger eines Arztberichtes aus unserer Praxis)

Hauptbeschwerden
bzw. Anlass des Besuchs _____

Letzte Röntgenaufnahme der Lunge: _____
wo? _____ wann? _____

Letzter Krankenhausaufenthalt: _____
wo? _____ wann? _____

Allergien? _____

Medikamenten-Unverträglichkeiten? _____

Besteht aktuell eine Schwangerschaft? _____

Frühere Krankheiten in Stichworten mit Zeitangaben	Erkrankung:	Jahr:
	1) _____	_____
	2) _____	_____
	3) _____	_____
	4) _____	_____
	5) _____	_____

Alle Medikamente, ständig oder bei Bedarf eingenommen, auch Dosier- aerosole („Asthmasprays“), auch „Pille“, Abführmittel, Beruhigungs- mittel und Naturheil-Mittel	Medikament:	Dosierung (z. B.: 1-0-1):
	1) _____	_____
	2) _____	_____
	3) _____	_____
	4) _____	_____
	5) _____	_____
	6) _____	_____
	7) _____	_____

Datum / Unterschrift _____

Wir wollen als Gemeinschaftspraxis für Sie da sein. Ihre Wünsche, bei einem bestimmten unserer Ärzte in Behandlung zu sein, berücksichtigen wir gerne, sofern dies terminlich möglich ist.