

Erstfragebogen

Datum:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

Hausarzt:

E-Mail Adresse:

Krankenkasse:

Wichtige Hinweise:

- Fragebogen **vollständig** ausfüllen und **sofort** an die Praxis zurückgeben.
- Nur mit bei uns vorliegendem, ausgefülltem und unterschriebenem Fragebogen ist Ihr Termin verbindlich.
- Röntgenbilder, Vorbefunde, Arztdokumente, Krankhausberichte (maximal 10 Seiten) mit dem Fragebogen abgeben!
- unbedingt spätestens 1 Werktag vorher absagen, falls Sie nicht kommen können. Ansonsten erhalten Sie eine Verdienstausfallrechnung über 80 € (Rechnungsstellung erfolgt über die private Verrechnungsstelle PVS, an die die Abrechnungsdaten zu diesem Zweck weitergegeben werden).
- zum gebuchten Termin am _____ um _____ Uhr bringen Sie Ihre Inhalatoren (Medikamente zum Einatmen) und den Impfpass mit.

Welche Fragestellung steht auf der Überweisung? _____

aktuelle Beschwerden:

Husten	<input type="checkbox"/> nein	oder seit _____ Tagen _____ Wochen _____ Monaten _____ Jahren
Auswurf	<input type="checkbox"/> nein	oder <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> viel <input type="checkbox"/> in letzter Zeit vermehrt
		Farbe <input type="checkbox"/> hell <input type="checkbox"/> weiß-grau <input type="checkbox"/> gelb <input type="checkbox"/> grün-gelb <input type="checkbox"/> schaumig
Bluthusten	<input type="checkbox"/> nein	oder <input type="checkbox"/> hellrot (frisch) <input type="checkbox"/> dunkel (alt)
Atemnot	<input type="checkbox"/> nein	oder seit _____ Tagen _____ Wochen _____ Monaten _____ Jahren
Gewichtabnahme	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja: <input type="checkbox"/> gewollt <input type="checkbox"/> ungewollt _____ kg in _____ Monaten
Nachtschweiß	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja: seit _____
Schlaf	<input type="checkbox"/> Schnarchen	<input type="checkbox"/> morgens nicht erholt
	<input type="checkbox"/> Atempausen	<input type="checkbox"/> tagsüber Einschlafneigung in langweiligen Situationen

andere Beschwerden:

Haben Sie Erkrankungen? keine oder welche und seit wann? (Zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Herz-Bypass-Op	<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> Schlafapnoe	<input type="checkbox"/> Beinvenenthrombose	<input type="checkbox"/> Neurodermitis
<input type="checkbox"/> Lungenkrebs	<input type="checkbox"/> pAVK	<input type="checkbox"/> Prostatakrebs
<input type="checkbox"/> Lungenembolie	<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Brustkrebs
<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Darmkrebs
<input type="checkbox"/> andere: _____		

Wurden Sie operiert? nein. Wenn ja: was, wo und in welchem Jahr?

weiter auf der Rückseite

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt? keine. Oder Zutreffendes ankreuzen

	Asthma	Krebserkrankung	Diabetes	andere, ggf. welche?
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Organ:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Organ:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Organ:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Organ:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Großeltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Organ:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nehmen Sie Medikamente? nein. Wenn ja ggf. Liste beifügen. Medikamente zum Einatmen nicht vergessen!

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

Sind Sie geimpft? nein. Wenn ja gegen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Grippe (Influenza) | <input type="checkbox"/> (Jahr der letzten Impfung) |
| <input type="checkbox"/> Lungenentzündung (Pneumokokken) | <input type="checkbox"/> (Jahr der letzten Impfung) |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis, DPT) | <input type="checkbox"/> (Jahr der letzten Impfung) |
| <input type="checkbox"/> Corona | <input type="checkbox"/> (Jahr der letzten Impfung) |
| <input type="checkbox"/> RSV (Respiratory Syncytial Virus) | <input type="checkbox"/> (Jahr der letzten Impfung) |

Rauchen Sie? noch nie ja nicht mehr. Wenn ja oder nicht mehr

Zigaretten Pfeife Zigarren Zigarillos Tabak E-Zigarette
Beginn (Jahr) _____ ggf. Ende (Jahr): _____ Menge: _____ /Tag

Haben Sie Allergien? nein. Wenn ja, wogegen?

Welchen Beruf haben Sie? (ggf. seit wann Rentner, früher tätig als):

Wann ist die letzte Röntgenaufnahme der Lunge gemacht worden? : noch nie oder

wann: _____ wo: _____

Für Frauen: Sind Sie schwanger? nein ja

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten/Befunde an meinen Hausarzt oder andere mit- bzw. nachbehandelnde Ärzte weitergegeben werden. Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit widerrufen (Datenübermittlung nach § 73 Abs.1 b SGB V).

Den Inhalt der Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und bin einverstanden.

Datum:

bitte hier unterschreiben

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Druckdatum: 08.07.2025

nur vom Team auszufüllen

- | | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Body | <input type="checkbox"/> BGA | <input type="checkbox"/> rö1 | Labor | DMP <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> neu |
| <input type="checkbox"/> Spiro | <input type="checkbox"/> Oxyergo | <input type="checkbox"/> rö2 | <input type="checkbox"/> kl.BB,INR,PTT | Termin |
| <input type="checkbox"/> Lyse | <input type="checkbox"/> +EKG | <input type="checkbox"/> Sono | <input type="checkbox"/> Diff-BB + Az | <input type="checkbox"/> PG |
| <input type="checkbox"/> Diff | <input type="checkbox"/> Spiroergo | Impfen | <input type="checkbox"/> Ges.- IgE | <input type="checkbox"/> Broncho |
| <input type="checkbox"/> Metacholin | <input type="checkbox"/> EKG | <input type="checkbox"/> < 60 Influenza | <input type="checkbox"/> Krea, TSH | <input type="checkbox"/> CD brennen |
| <input type="checkbox"/> P0,1/PI max | <input type="checkbox"/> 6'-Gehtest | <input type="checkbox"/> > 60 Efluelda | <input type="checkbox"/> U-Status | <input type="checkbox"/> Rp Milbenbezüge |
| <input type="checkbox"/> FeNO | <input type="checkbox"/> Nitrogabe | <input type="checkbox"/> Prevenar 20 | <input type="checkbox"/> sIL2R <input type="checkbox"/> ACE | <input type="checkbox"/> Anwesenh.-Besch. |
| <input type="checkbox"/> In-Check | <input type="checkbox"/> RR nachmessen | <input type="checkbox"/> Boostrix | <input type="checkbox"/> Alere Triage | <input type="checkbox"/> HR-CT-Termin |
| <input type="checkbox"/> ACT <input type="checkbox"/> CAT | | <input type="checkbox"/> Arexvy | <input type="checkbox"/> A1-AT | <input type="checkbox"/> CT-KM-Termin |
| <input type="checkbox"/> peakflow | | <input type="checkbox"/> COVID anmelden | <input type="checkbox"/> AlphaID | <input type="checkbox"/> NASA/COBRA |
| <input type="checkbox"/> Inhalator | | <input type="checkbox"/> gewünscht | <input type="checkbox"/> BNP | <input type="checkbox"/> Nachschulung |
| | | <input type="checkbox"/> nicht gewünscht | <input type="checkbox"/> Quantiferon | Kontrolle |
| | | | <input type="checkbox"/> AT | <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 12 Mo <input type="checkbox"/> |