

## 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, Arztbriefe, Krankenhausberichte (maximal 10 Seiten) mit dem Fragebogen abgeben!
- unbedingt spätestens 1 Werktag vorher absagen, falls Sie nicht kommen können. Ansonsten erhalten Sie eine Verdienstausschlagrechnung 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** ☐ nein oder seit  Tagen  Wochen  Monaten  Jahren
- Auswurf** ☐ nein oder ☐ wenig ☐ viel ☐ in letzter Zeit vermehrt  
Farbe ☐ hell ☐ weiß-grau ☐ gelb ☐ grün-gelb ☐ schaumig
- Bluthusten** ☐ nein oder ☐ hellrot (frisch) ☐ dunkel (alt)
- Atemnot** ☐ nein oder seit  Tagen  Wochen  Monaten  Jahren
- Gewichtabnahme** ☐ nein wenn ja: ☐ gewollt ☐ ungewollt  kg in  Monaten
- Nachtschweiß** ☐ nein wenn ja: seit
- Schlaf** ☐ Schnarchen ☐ morgens nicht erholt  
☐ Atempausen ☐ 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: <input type="text"/> |   |  |

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)	_____	(Jahr der letzten Impfung)
<input type="checkbox"/> Lungenentzündung (Pneumokokken)	_____	(Jahr der letzten Impfung)
<input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis, DPT)	_____	(Jahr der letzten Impfung)
<input type="checkbox"/> Corona	_____	(Jahr der letzten Impfung)
<input type="checkbox"/> RSV (Respiratory Syncytial Virus)	_____	(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"/> <b>Body</b>	<input type="checkbox"/> <b>BGA</b>	<input type="checkbox"/> rö1	<b>Labor</b>	<b>DMP</b> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> neu
<input type="checkbox"/> Spiro	<input type="checkbox"/> Oxyergo	<input type="checkbox"/> <b>rö2</b>	<input type="checkbox"/> kl.BB, INR, PTT	<b>Termin</b>
<input type="checkbox"/> Lyse	<input type="checkbox"/> +EKG	<input type="checkbox"/> <b>Sono</b>	<input type="checkbox"/> Diff-BB + Az	<input type="checkbox"/> <b>PG</b>
<input type="checkbox"/> Diff	<input type="checkbox"/> Spiroergo	<b>Impfen</b>	<input type="checkbox"/> Ges.- IgE	<input type="checkbox"/> Broncho
<input type="checkbox"/> Metacholin	<input type="checkbox"/> <b>EKG</b>	<input type="checkbox"/> < 60 Influenza	<input type="checkbox"/> Krea, TSH	<input type="checkbox"/> <b>CD</b> brennen
<input type="checkbox"/> P0,1/PI max	<input type="checkbox"/> <b>6'-Gehtest</b>	<input type="checkbox"/> > 60 Efluelda	<input type="checkbox"/> U-Status	<input type="checkbox"/> Rp Milbenbezüge
<input type="checkbox"/> FeNO		<input type="checkbox"/> Prevenar 20	<input type="checkbox"/> sIL2R <input type="checkbox"/> ACE	<input type="checkbox"/> Anwesen.-Besch.
<input type="checkbox"/> In-Check	<input type="checkbox"/> Nitrogabe	<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"/> RR nachmessen	<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		<b>ePA</b>	<input type="checkbox"/> BNP	<input type="checkbox"/> Nachschulung
		<input type="checkbox"/> gewünscht	<input type="checkbox"/> Quantiferon	<b>Kontrolle</b>
		<input type="checkbox"/> nicht gewünscht	<input type="checkbox"/> <b>AT</b>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 12 Mo <input type="checkbox"/>