

Patientenetikette

DATUM DER AKTUELLEN VISITE: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Wichtig:
 Privat Ordination
 Wahlarzt

Zusatzversicherung:  Ja  Nein

Raucher:  Ja (\_\_\_\_ Packungen/Jahr)  Nein

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

1 Allergie

- Nein
 Pollen/Gräser/Tierhaare
 Hausstaubmilben/Katze/Pilzsporen
 Allergische Rhinokonjunktivitis (+/- Polypen)
 Allergische Dermatitis
 Kontrastmittel
 Medikamente (zB Antibiotika,...)
 Urtikaria
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten

- Nein
 Tuberkulose
 Hepatitis
 HIV/Aids

2 Atemwegs- Lungenerkrankung

- Pneumonie
 Sarkoidose
 Lungenkarzinom
 Asthma Bronchiale
 COPD
 Alpha-1 Anti-Trypsin Mangel
 ILD
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Andere Erkrankungen

- Nein
 Autoimmunerkrankung (zB Rheuma)
 Bluthochdruck
 Rhythmusstörung
 Schlaganfall
 Reflux
 Osteoporose
 Schilddrüse
 Diabetes
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

3 Beschwerden

- Kurzatmigkeit/Atemnot
 in Ruhe  bei Belastung
 nächtliche Atembeschwerden
 Husten, seit \_\_\_\_\_
 Sodbrennen
 Auswurf
 Probleme mit den Nasennebenhöhlen
 Schnupfen, Niesen, verstopfte Nase

- Heiserkeit
 Nachtschweiß
 Gewichtsabnahme
 Fieber
 Schnarchen
 Tagesschläfrigkeit
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_
Datum

\_\_\_\_\_
Unterschrift