

Aktuelle Beschwerden/ Grund der Vorstellung:

Atemnot: Ja Nein Wann: im Liegen beim Treppensteigen
 Bei Aufregung

Husten: Ja Nein Seit: 2 Wochen 4 Wochen
 morgens nachts immer

Auswurf: ja Nein Farbe: weiß gelb grün blutig

Sonstige Beschwerden:

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten: Nein Ja

Vorerkrankungen:

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	seit wann? _____
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	seit wann? _____
Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	seit wann? _____
Infarkt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	seit wann? _____
Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	seit wann? _____
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	seit wann? _____
Hautkrankheit	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	seit wann? _____
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	seit wann? _____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	seit wann? _____
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	seit wann? _____
Asthma	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	seit wann? _____
COPD	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	seit wann? _____
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	seit wann? _____
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	seit wann? _____
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	seit wann? _____
HIV/Aids	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	seit wann? _____
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	seit wann? _____

Andere:

Operationen:

Röntgenaufnahmen:

Allergie:

Antibiotika

Nein

Ja

welche? _____

Blütenpollen

Nein

Ja

welche? _____

Hausstaub

Nein

Ja

welche? _____

Tierhaare

Nein

Ja

welche? _____

Nahrungsmittel

Nein

Ja

welche? _____

Andere:

Letzter Allergietest:

Tierkontakt:

Nein

Ja

was? _____

Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____