

Atemwege und Lunge

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!
Zur guten Beratung benötigen wir Ihre Hilfe.
Beantworten Sie bitte diese Fragen bestmöglich.
Alle Angaben werden vertraulich behandelt,
da Sie der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.



**Dr. med. Tobias Scholz &
Dr. med. Benjamin Seuthe**

Name: _____ Vorname: _____ Datum: _____

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an!

nein ja

Ich leide unter Husten

- nein den ganzen Tag meist morgens nur nachts
 nur nach Anstrengung nur bei Kontakt zu manchmal
 nur im Liegen nur am Arbeitsplatz nur bei...

Ich habe Auswurf

- nein weiß/glasig gelb grün
 wenig reichlich rot/blutig

Ich verspüre Atemnot

- nein gelegentlich häufig ständig
 in Ruhe bei Belastung nachts
 Ich komme bis zur 5. Etage ich komme nur bis zur 2. Etage

Ich leide an Schnupfen

- nein akut nur nachts ständig
 nur bei:
 Fließschnupfen verstopfte Nase (Stockschnupfen)
 Polypen ich rieche nicht
 Kieferhöhlenentzündung

Ich leide an Allergien

- nein nicht bekannt ja, welche?
(Pollen, Milben, Tierhaare, Medikamente, andere)

Ich leide an Sodbrennen

- nein ja selten regelmäßig
 nur im Liegen nur nach:

Ich muss nachts Wasserlassen

- nein ja wie oft?

Ich habe ein Brustenge-Gefühl

- nein ja in Ruhe bei Belastung
 nachts

Ich verspüre Schmerzen in den Beinen

- nein ja geschwollene Füße abends

Ich spüre Herzstolpern

- nein ja

Ich leide unter Schwindelsymptomen

- nein ja

Ich leide unter Schlafstörungen

nein ja

Ich schnarche

nein gelegentlich

regelmäßig

auch laut

mit Atempausen

Ich schwitze nachts

nein ja

Ich habe an Gewicht zugenommen

nein wie viel Kg:

in welcher Zeit?

Monate / Jahre

Ich habe Körpergewicht verloren

nein wie viel Kg:

in welcher Zeit?

Monate / Jahre

Ich trinke Alkohol

nein selten

nur bei Anlässen

regelmäßig

Ich rauche

nein ja

Zigaretten pro Tag ca.:

seit

Jahren

Ich rauchte früher

nein ja

ich rauche nicht mehr seit

Jahren

ich rauchte Jahre

Ich habe Fieber

nein ja

seit wann?

wie hoch?

Ich habe Schüttelfrost

nein ja

seit wann?

Ich leide an häufigen Infekten

nein selten

oft

dauernd

zuletzt am?

Anzahl pro Jahr?

Ich sehe weiße Flecken an Fingernägeln

nein ja

Anzahl?

Ich habe oft Schmerzen

nein ja

Gelenke

Muskeln

Rücken

Kopf

Brust

Bauch

Hals

Bein

Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?

nein

ja

Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

nein

ja

Sonstiges?