

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?