

Wir begrüßen Sie als neuen Patienten in unserer Praxis! Gerne möchten wir Ihnen so schnell wie möglich helfen. Mit der Beantwortung einiger Fragen unterstützen Sie uns dabei.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Hausarzt bzw. überweisender Arzt: _____

berufliche Tätigkeit, gegebenenfalls **VOR** der Rente: _____

Wegen welcher Beschwerden
kommen Sie heute in die Praxis: _____

Ist bei Ihnen eine der folgenden Lungenerkrankungen bekannt?

chron. Husten (Husten seit Jahren) nein ja seit:

Asthma nein ja seit:

Asthma bei Blutsverwandten nein ja wer:

Andere Lungenerkrankung (z.B. Lungenentzündung, Tuberkulose, Lungenembolie, usw.)

nein ja wann: welche:

Allergie/Heuschnupfen nein ja seit:
in welchen Monaten:

Haben Sie Haustiere? nein ja welche?

Haben Sie Juckreiz im Mund oder Hals beim
Verzehr von Obst, Gemüse oder Nüssen? nein ja

Haben Sie Husten? nein ja seit:

Haben Sie Auswurf? nein ja seit:
wenn ja: blutig gelblich grünlich weißlich

Haben Sie Atemnot? nein ja seit:

Haben Sie ungewollt in letzter Zeit Gewicht abgenommen? nein ja seit:

Wurde in den letzten 6 Monaten Röntgenaufnahmen Ihrer Lunge gemacht?

nein ja wo:

Rauchen Sie? nein ja seit:

ca. Anzahl der Zigaretten pro Tag:

Haben Sie früher geraucht? nein ja

Wenn ja, von wann bis wann (ungefähr):

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein wenn ja, wie viel:

Schnarchen Sie ? nein ja

Wurden Atemaussetzer während des Schlafes bemerkt? nein ja

Sind sie vormittags regelmäßig müde? nein ja

Schlafen Sie tagsüber ein (z.B. beim Autofahren)? nein ja

Wurden Sie schon in einem Schlaflabor untersucht? nein ja

bitte wenden

**MVZ Mühldorf der Klinken Mühldorf a. Inn – Dr. med. Josef Leierseder – Ingrid Friemel
Fachärzte für Innere Medizin, Pneumologie und Allergologie,
84453 Mühldorf, Stadtplatz 29-31, Tel. 08631/5812 – Fax - 2578**

Einwilligungserklärung

Ich willige hiermit ein, dass meine personenbezogenen Daten erhoben und verarbeitet werden sowie die behandelnde Praxis Dr. med. J. Leierseder, Stadtplatz 29-31, 84453 Mühldorf am Inn, gemäß § 73 (1b) (SGB V) Befunde bei weiteren Leistungserbringern einholt, bei mir erhobene Befunde bzw. Verordnungen an mitbehandelnde Praxen bzw. Apotheken sowie medizinische Hersteller- oder Lieferfirmen per Brief oder FAX übermittelt und mich per Telefon oder FAX kontaktiert.
Die Zustimmung kann jederzeit schriftlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten