

Name:	
Geburtsdatum:	
Telefonnummer, Festnetz:	Handy:
Hausarzt:	
Besteht eine Befreiung zur Zuzahlung zu Arzneimitteln: bitte an der Anmeldung vorlegen	
Rauchen Sie? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag _____ und seit wie vielen Jahren _____	
Nicht mehr <input type="checkbox"/> seit _____ Jahren, vorher über _____ Jahre ca. _____ Zigaretten/Tag	
Als was sind oder waren Sie berufstätig? _____	
Sind oder waren Sie beruflich mit Schadstoffen belastet? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?	
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Angina pectoris (Herzschmerzen)
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> sonstige Herzerkrankungen
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Krampfadern
<input type="checkbox"/> erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen
<input type="checkbox"/> erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	
<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen
Gibt es in der Familie (Eltern, Großeltern) Erkrankungen wie Asthma, chronische Bronchitis, Neurodermitis, Krebserkrankungen	
Wenn ja, welche: _____	
Leiden Sie an Allergien?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____	
Haben Sie Heuschnupfen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Haustiere?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche: _____	
Haben Sie Unverträglichkeiten gegenüber Medikamenten?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, gegen welche? _____	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	
Wenn ja, welche? _____	
Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?	
Zu einer lungenfachärztlichen Untersuchung gehört eine Röntgenaufnahme der Lunge. Nur damit können Veränderungen in der Lunge wie z.B. Lungenentzündung und Lungenkrebs nachgewiesen werden. Bei neuen Patienten gehört dies zur Routineuntersuchung, außer es wurde in den letzten 4-6 Wochen ein Röntgen der Lunge gemacht.	
Ich bin mit dem Röntgen der Lunge einverstanden:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Nur für Frauen:	Ich bin schwanger Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Datum: _____ **Unterschrift des Patienten:** _____