



Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

Arzt und Patient sollen zur Durchführung der Behandlung (gemäß § 630c Abs. 1 BGB) zusammenwirken. Für jeden Patienten besteht somit eine Mitwirkungspflicht. Sie als Patient/in sollten alle für die Behandlung bedeutsamen Umstände offen legen. Diese Angaben zum aktuellen Gesundheitszustand und zur Vorgeschichte sind **freiwillig**, jedoch für Ihre optimale Behandlung in unserer Praxis erforderlich. Daher bitten wir Sie um sorgfältige Beantwortung der nachstehenden Fragen.

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____
Beruf _____ Familienstand _____

1. Beschreiben Sie Ihre Beschwerden _____

Wann treten die Beschwerden auf?
nachts in der Arbeit nach dem Essen
morgens zuhause bei Aufregung
tagsüber Tag und Nacht bei Anstrengung

2. Rauchen Sie? _____ JA NEIN
Seit wie vielen Jahren? _____ Wie viele Zigaretten täglich? _____
Haben sie früher geraucht? Wie viel? Bis wann? _____

3. Sind Sie schwanger? _____ JA NEIN

4. Haben Sie Haustiere? Wenn ja, welche, seit wann? _____

5. Sind Vorerkrankungen bekannt? (z.B. Allergien, Bluthochdruck, Diabetes, Venenleiden, OP´s) _____

WICHTIG! Haben Sie ansteckende Krankheiten? (z. B. Tuberkulose, HIV, Hepatitis C, MRSA) JA NEIN
Wenn ja, welche? _____

6. Haben oder hatten Sie beruflich mit gesundheitsgefährdenden Stoffen zu tun? JA NEIN

7. Schnarchen Sie? _____ JA NEIN
Sind Sie tagsüber vermehrt müde? _____ JA NEIN

8. Haben Sie Beschwerden - beim Wasserlassen? _____ JA NEIN
- beim Stuhlgang? _____ JA NEIN
Müssen Sie nachts häufiger zur Toilette? _____ JA NEIN

9. Besteht eine ungewollte Gewichtsabnahme? _____ JA NEIN
Leiden Sie unter Nachtschweiß? _____ JA NEIN
Leiden Sie unter häufigem Sodbrennen? _____ JA NEIN

10. Wie viel Alkohol trinken Sie täglich? _____

12. Welche Medikamente (Tabletten, Spray) nehmen Sie zurzeit? _____

13. Gibt es Krankheiten in Ihrer Familie (z. B. Krebs-, Herz-, Lungenkrankheiten, Rheuma, o. ä.)? _____

14. Welche Impfungen wurden bisher bei Ihnen durchgeführt? (Angaben zu Covid 19 Impfung - Frage 22)

Bitte wenden und auch die Fragen auf der Rückseite beantworten!



FORTSETZUNG VON SEITE 1

15. Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente? _____ JA NEIN
 Wenn ja, gegen:

Penicillin _____
 Antibiotika _____
 Fieber-/Schmerzmittel _____
 Pflaster _____ Sonstige _____

16. Leiden Sie unter
 Augenjucken / -tränen / -schwellung _____ JA NEIN
 Niesreiz / Schnupfen / verstopfter Nase _____ JA NEIN
 Reizhusten _____ JA NEIN
 Ekzeme / Hautveränderung _____ JA NEIN

17. In welcher Jahreszeit treten die Beschwerden auf?
 Ganzjährig _____
 Frühjahr _____
 Sommer _____
 Winter _____ Oder im Monat _____

18. Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Insektenstiche? _____ JA NEIN
 Wenn ja, welche Reaktionen treten auf?
 Starke Schwellung / Quaddelbildung _____
 Atemnot _____
 Kreislaufbeschwerden _____

19. Besteht eine Pollen- oder Hausstaubmilbenallergie? _____ JA NEIN
 Wenn ja, welches Allergen: _____

20. Bisherige Diagnostik / Behandlung:
 Wurde eine Blutuntersuchung bezüglich bestimmter Allergiewerte durchgeführt _____ JA NEIN
 Wenn ja, wann: _____
 Wurde eine Milbensanierung (Cover) durchgeführt _____ JA NEIN
 Wurde eine Hyposensibilisierungsbehandlung durchgeführt _____ JA NEIN
 Wenn ja, wann: _____ subcutan sublingual

21. Wurde innerhalb der letzten 2 Jahre ein Allergietest durchgeführt? _____ JA NEIN

22. Fragen zum COVID 19 Status:
 Wurde eine Impfung gegen COVID 19 durchgeführt _____ JA NEIN
 Wenn ja, wann: _____
 Waren Sie bereits an COVID 19 erkrankt und gelten als genesen _____ JA NEIN
 Wenn ja, wann: _____

Datum / Unterschrift _____