



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 offenlegen. 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? \_\_\_\_\_

11. Welche Medikamente (Tabletten, Spray) nehmen Sie zurzeit? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. Welche Impfungen wurden bisher bei Ihnen durchgeführt?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bitte wenden und auch die Fragen auf der Rückseite beantworten!** 



FORTSETZUNG VON SEITE 1

14. Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente? \_\_\_\_\_ JA  NEIN   
 Wenn ja, gegen:
- Penicilin \_\_\_\_\_   
 Antibiotika \_\_\_\_\_   
 Fieber-/Schmerzmittel \_\_\_\_\_   
 Pflaster \_\_\_\_\_  Sonstige \_\_\_\_\_
15. Leiden Sie unter
- Augenjucken / -tränen / -schwellung \_\_\_\_\_ JA  NEIN   
 Niesreiz / Schnupfen / verstopfter Nase \_\_\_\_\_ JA  NEIN   
 Reizhusten \_\_\_\_\_ JA  NEIN   
 Ekzeme / Hautveränderung \_\_\_\_\_ JA  NEIN
16. In welcher Jahreszeit treten die Beschwerden auf?
- Ganzjährig \_\_\_\_\_   
 Frühjahr \_\_\_\_\_   
 Sommer \_\_\_\_\_   
 Winter \_\_\_\_\_  Oder im Monat \_\_\_\_\_
17. Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Insektenstiche? \_\_\_\_\_ JA  NEIN   
 Wenn ja, welche Reaktionen treten auf?
- Starke Schwellung / Quaddelbildung \_\_\_\_\_   
 Atemnot \_\_\_\_\_   
 Kreislaufbeschwerden \_\_\_\_\_
18. Besteht eine Pollen- oder Hausstaubmilbenallergie? \_\_\_\_\_ JA  NEIN   
 Wenn ja, welches Allergen: \_\_\_\_\_
19. Bisherige Diagnostik / Behandlung:
- Wurde eine Blutuntersuchung bezüglich bestimmter Allergiewerte durchgeführt \_\_\_\_\_ JA  NEIN   
 Wenn ja, wann: \_\_\_\_\_
- Wurde Milbensanierung (Cover) durchgeführt \_\_\_\_\_ JA  NEIN   
 Wurde Hyposensibilisierungsbehandlung durchgeführt \_\_\_\_\_ JA  NEIN   
 Wenn ja, wann: \_\_\_\_\_ subcutan  sublingual
20. Wurde innerhalb der letzten 2 Jahre ein Allergietest durchgeführt? \_\_\_\_\_ JA  NEIN

Datum / Unterschrift \_\_\_\_\_