



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 _____