

Name, Vorname					
Geburtsdatum		Größe		Gewicht	
Telefonnummer					
Email-Adresse					

Ist bei Ihnen bereits eine Lungenerkrankung bekannt?

Asthma bronchiale

☐

COPD

☐

Lungenfibrose

☐

Andere Lungenerkrankungen:

Ist bei Ihnen bereits eine der folgenden Erkrankungen bekannt?

Glaukom (grüner Star)

☐

Prostatahyperplasie

☐

Herzrhythmusstörungen

☐

Nierenschwäche

☐

Schilddrüsenstörung

☐

Nasenpolypen

☐

Bluthochdruck

☐

arterielle Verschlusskrankheit (pAVK)

☐

Fettstoffwechselstörung

☐

Diabetes mellitus

☐

weitere Erkrankungen:

Welche Medikamente (auch frei verkäufliche und pflanzliche Präparate) nehmen Sie ein?

Allergien

Bekannte/vermutete Allergene:

Jahreszeiten mit Beschwerden:

Frühling ☐ Sommer ☐ Herbst ☐ Winter ☐

Gegenüber Medikamenten/Antibiotika:

Rauchverhalten

Aktiv

ja ☐

nein ☐

Art (z.B. E-Zigarette):

Menge pro Tag:

seit wann:

beendet wann:

Was könnte noch für Ihren Arzt/Ärztin wichtig sein?