

**Norbert K. Mülleneisen – Internist**  
Arzt für Lungen- u. Bronchialheilkunde  
Allergologie, Umweltmedizin, Tauchmedizin (GTÜM)

**Dr. Manfred Springob – Internist**  
Arzt für Lungen- u. Bronchialheilkunde  
Sportmedizin

---

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geb. Datum:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

**Körpergröße:** \_\_\_\_\_ **Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_ **Handy:** \_\_\_\_\_

**Emailadresse:** \_\_\_\_\_

**Wer ist Ihr Hausarzt:** \_\_\_\_\_

1. Welche **aktuellen** Beschwerden haben Sie?

Atemnot     Husten     Auswurf     Schmerzen im Brustkorb     Schnarchen

---

2. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein (bitte auch Augentropfen, Asthma Sprays, Blutdruckmittel, Zucker Medikamente, Nasensprays, Beruhigungsmittel, Abführmittel, Schlafmittel, „die Pille“, Schmerzmittel ..., mit Dosierung und Einnahme!)? **Bitte Sprays oder Pulver zum Inhalieren mitbringen.**

---

3. Haben Sie Haustiere oder Kontakt zu Tieren?     Ja     Nein

Wenn ja, zu welchen?

---

Ich bin einverstanden, schriftlich oder telefonisch an die Termine in der Praxis erinnert zu werden. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten ggfs. an andere Ärzte, z.B. medizinische Labore, etc. weitergeleitet werden:

Hinweis: Falls wir Ihnen Blutabnehmen, müssen wir Ihr Blut und Ihre Patientendaten an ein Labor weiterreichen. Dieses unterliegt, genauso wie wir, der ärztlichen Schweigepflicht. Ihre Daten werden nicht an unbefugte Dritte weitergegeben. Wir sind auf Grund des Bundesdatenschutzgesetzes dazu verpflichtet, Sie darüber zu informieren und Ihr Einverständnis einzuholen, dass wir z.B. bei Laboruntersuchungen Ihre Daten an andere Ärzte weiterreichen.

Ich bin berechtigt, gemäß BDSG §20 Absatz 5 diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

---

Datum / Unterschrift

**(bitte Rückseite beachten)**

--> --> -->

--> --> -->

4.  Nie Raucher       Ex-Raucher seit \_\_\_\_\_       Raucher seit \_\_\_\_\_

Raucher: Wie viele Zigaretten rauch(t)en Sie im Durchschnitt täglich? \_\_\_\_\_

Mit welchem Alter haben Sie angefangen, zu rauchen? \_\_\_\_\_

Wie viele Jahre in Ihrem ganzen Leben haben Sie insgesamt geraucht? \_\_\_\_\_

5. Welcher beruflichen Tätigkeit gehen oder gingen Sie nach?

\_\_\_\_\_

Sind Sie oder waren Sie am Arbeitsplatz Dämpfen, Stäuben oder Gasen ausgesetzt?     Ja     Nein

6. Sind Sie allergisch?     Ja     Nein

(Wenn Ja, wogegen?).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Gibt es in Ihrer Familie, bei Ihren Blutsverwandten Allergien, Heuschnupfen, Asthma oder Neurodermitis?     Ja     Nein

(Wenn ja wer, z.B. Bruder Asthma, Vater Heuschnupfen?)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Welche Vorerkrankungen bestehen bei Ihnen?

Bluthochdruck       Zuckerkrankheit       Hepatitis

Lungenerkrankung       Tuberkulose       Nasennebenhöhlenerkrankungen

COPD       Asthma bronchiale

Sonstige: z.B. Operationen? \_\_\_\_\_

9. Wann war Ihr letztes Röntgenbild der Lunge? \_\_\_\_\_

10. Sind Sie schwanger?     Ja     Nein

11. Sind Sie im DMP/Chronikerprogramm?     Ja     Nein

Wenn ja,     Asthma       COPD

12. Haben Sie Interesse an einer Asthma-Schulung oder COPD-Schulung       Ja     Nein

13. Sind Sie gegen Grippe und Lungenentzündung (Pneumokokken) geimpft?     Ja     Nein

Haben sie Interesse an einer Grippe- bzw. Pneumokokken-Schutzimpfung?  Ja     Nein