



## Patientenfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient

Dürften wir Sie bitten, den folgenden Fragebogen auszufüllen, damit wir uns optimal auf Sie vorbereiten und Sie bestmöglich weiter betreuen können. Vielen Dank.

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Geschlecht .....

Adresse .....

Versicherungsnummer  
Krankenkasse .....

Telefon Privat/Geschäft .....

E-Mail .....

Zuweisender Arzt .....

---

### Aktuelle Medikation (auch inhalative Medikamente)

Bitte geben Sie Ihre vollständige Medikamentenliste am Empfang ab, oder notierten Sie Ihre Medikamente bitte auf diesem Fragebogen. Vielen Dank.

Ich war bereits Patientin/Patient  
des Zentrums für Pneumologie und Schlafmedizin, zuletzt am: .....

**Ausgangslage**

---

Mein Anliegen/mein Behandlungswunsch – aktuell stört mich dieses Problem besonders:

.....

.....

---

Mein Wunschergebnis beschreibe ich ungefähr so:

.....

.....

---

Über diese Punkte mache ich mir die meisten Gedanken:

.....

.....

---

Darauf lege ich besonders Wert:

.....

.....

---

Ich wünsche mir zusätzliche Informationen zu folgenden Themen:

.....

.....



**Gesundheitliche Angaben (Fortsetzung)**

Haben Sie früher geraucht? (bis wann)	.....	
Wenn ja, bitte Menge angeben?	.....	
Wünschen Sie eine Raucherentwöhnungsberatung/Therapie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich leide unter Luftnot.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Meine körperliche Belastbarkeit ist eingeschränkt. (z.B. beim Treppensteigen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wie viele Etagen können Sie ohne Atemnot Treppensteigen.	.....	
Besteht Stechen oder Druck in der Herzregion (Angina Pectoris)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht Schwindel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann tritt dieser auf?	.....	
Ich nehme blutverdünnende Medikamente ein.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	.....	
Ich habe eine Blutungsneigung/Blutgerinnungsstörung.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich hatte eine Thrombose.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich hatte bereits eine Lungenembolie.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich hatte eine Herzerkrankung. (wenn ja, bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschwäche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Andere	.....	

**Gesundheitliche Angaben (Fortsetzung)**

---

Ich leide an einer Schilddrüsenerkrankung.  ja  nein

---

Ich leide an einer Autoimmunkrankheit.  ja  nein

---

Ich leide an Zuckerkrankheit (Diabetes).  ja  nein

---

Ich leide an einer anderen Erkrankung.  ja  nein

Wenn ja, welche? .....

---

Leiden Sie unter Schlafstörungen oder haben Sie eine Schlafapnoe (OSAS) / eine Atemmaske (CPAP-Therapie) in der Nacht?  ja  nein

Wenn ja, bitte füllen Sie zusätzlich den Fragebogen Schlafstörungen aus – bitte fragen Sie hierzu am Empfang nach.

---

**Für Frauen**

---

Bei mir besteht eine Schwangerschaft.  ja  nein

Wenn ja, in welcher Woche sind Sie? .....

---

**Bemerkungen**

.....  
.....  
.....

---

Vielen Dank, dass Sie uns dabei geholfen haben, uns optimal auf Sie vorbereiten zu können.

Wir freuen uns auf Sie!