

## Fragebogen zur Krankheitsgeschichte

Das Ausfüllen des Fragebogens erleichtert unsere Arbeit. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Name: .....

Vorname: .....

Telefonnummer:.....

Berufliche Tätigkeit (früher und jetzt):

Welche Beschwerden (Krankheitszeichen) haben Sie?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Luftnot <u>ohne</u> Anstrengungen?			Luftnot <u>bei</u> Anstrengungen?		
Schmerzen/Engegefühl in der Brust?			Luftnot <u>nachts</u> ?		
Husten?			Auswurf?		
Sodbrennen?					

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Sind Verwandte an Lungenkrankheiten, Allergien, Heuschnupfen, Lungenkrebs erkrankt? (wenn ja, wer?)

Leiden Sie an Heuschnupfen?

Ja

Nein

Ist bereits ein Allergietest durchgeführt worden?

Ja

Nein

Sind Allergien bekannt?

Ja

Nein

Welche Allergien?

Raucher seit ....., tägliche Menge: .....

Exraucher seit .....

Nichtraucher

Welche Medikamente nehmen Sie ein bzw. haben Sie in den letzten Wochen eingenommen?

Besteht eine Unverträglichkeit von Medikamenten?

Ja

Nein

Welche Medikamente?

Wann wurde die letzte Röntgenaufnahme der Lunge durchgeführt?