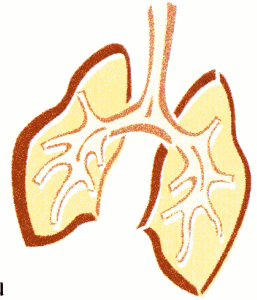


Dr. med. Sören Schmidtman
*Facharzt für Innere Medizin,
Lungen- und Bronchialheilkunde*



Liebe/r Patient/in,
um Sie optimal behandeln zu können, bitten wir Sie um einige Angaben.
Bitte nehmen Sie sich Zeit, um diesen Bogen sorgfältig auszufüllen.
Unser Praxisteam ist Ihnen bei Fragen gerne behilflich. Ihre Daten werden nur zu
internen Zwecken benötigt und nicht an Dritte weitergegeben.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Größe: _____ *cm* Gewicht: _____ *kg*

Beruf: _____

Welche Beschwerden sind der Grund für Ihren Arztbesuch?

Atemnot → in Ruhe bei körperlicher Belastung nachts
Husten → in Ruhe bei körperlicher Belastung nachts

Leiden Sie an einer chronischen Krankheit?

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie schon Operationen?

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?

Raucher **Exraucher**

Wenn ja, wie viel/Tag? _____ Wie viele Jahre? _____

Haben Sie Haustiere?

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Allergien?

Wenn ja, welche? _____

Wann wurde der letzte Allergietest durchgeführt? _____

Haben Sie Röntgenbilder vom Brustkorb/Thorax (Lunge, Herz)?

Wenn ja, von wann? _____

Leiden Sie an Tagesmüdigkeit oder schnarchen Sie?

Bestehen in Ihrer Familie Allergien, Asthma oder Krebserkrankungen?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Ihr Praxisteam