Drs. med. Christian Balzer und Karin Katzer
Innere Medizin, Pneumologie, Allergologie
Bahnhofstr. 31, 70734 Fellbach
Tel 0711- 578829-0 Fax 0711-578829-29
www.lungenpraxis-fellbach.de
info@lungenpraxis-fellbach.de

Lungenpraxis Fellbach

Um Sie schneller und zielgerichteter behandeln zu können, möchten wir Sie schon im Voraus um einige Angaben bitten. Bei Bedarf sind wir Ihnen auch gern behilflich. Alle Angaben sind selbstverständlich freiwillig und unterliegen der Schweigepflicht. Um Ihnen mehrfache Anfahrten in die Praxis zu ersparen, versuchen wir alle notwendigen Untersuchungen möglichst am selben Tag durchzuführen. Wenn Sie nicht genügend Zeit dafür haben, geben Sie uns bitte an der Anmeldung Bescheid.

Name, Vorname (ggf. Geburtsname)	Geburtsdatum
Adresse	
Tel./ Handy privat Tel. geschäftlich	Fax Email
Beruf (jetzt oder früher ausgeübt)	
Krankenkasse Sondertarif bei PKV?	
Wer ist Ihr Hausarzt Welcher Arzt hat Sie überwiesen?	
Weshalb suchen Sie unsere Praxis auf? z.B. Husten, Atemnot, Infekt, Allergie, Schnarchen etc.	
Rauchen Sie Zigaretten/Zigarillos o.ä.? Rauchen Sie Shisha?	☐Ja Wieviele Zigaretten/ pro Tag?:_____ Seit wann rauchen Sie?:_____ ☐ Nein ☐Ex-Nikotin seit_____ Jahren ☐Ja ☐ Nein
Haben Sie Hilfsmittel oder Geräte? z.B. Peakflow, Flutter, Sauerstoff, CPAP, Inhaliergerät	
Sind Allergien bekannt? Medikamenten-Unverträglichkeiten?	
Chronische oder schwere Erkrankungen in der Vorgeschichte? z.B. Diabetes, Asthma, chron. Bronchitis, Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Thrombose etc. Ggf. auch die Rückseite des Fragebogens verwenden.	Erkrankung: 1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____
Bitte notieren Sie alle Medikamente, die Sie aktuell/ regelmäßig oder bei Bedarf einnehmen (auch Pille und Naturheilmittel). Bitte vergessen Sie auch nicht die Medikamente, die Sie inhalieren. Ggf. auch die Rückseite des Fragebogens verwenden. Am besten bringen Sie eine Medikamentenliste mit in die Praxis.	Medikament: Dosierung (z.B.: 1-0-1) 1)_____ _____ 2)_____ _____ 3)_____ _____ 4)_____ _____ 5)_____ _____
Ist Ihre Lunge im letzten Jahr geröntgt worden oder eine Computertomographie durchgeführt worden?	Ja ○ Nein ○ **Wenn ja, bringen Sie bitte möglichst die Bilder und den schriftlichen Befund mit in die Praxis.**
Haben Sie Interesse an einer kostenpflichtigen (20 €) Messung der Atemwegsentzündung, mit der Asthmaaktivität und Kortisonbedarf besser beurteilt werden können? Nähere Infos in der Praxis.	Ja ○ Nein ○

_____ _____
Datum Unterschrift

Zu Ihrer Information:
Blutuntersuchungen führen wir in Zusammenarbeit mit folgenden Labors durch: Dr. Fooke Laboratorien, MVZ Labor Ludwigsburg, Labor Enders & Partner.