

**Frau Dr. med. Karin Katzer**  
**Frau Anna Stamatopoulou**

Ärztinnen für Innere Medizin, Pneumologie  
 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. Gerne helfen wir Ihnen auch dabei. 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	E-Mail
Beruf (jetzt oder früher ausgeübt)	
Krankenkasse/ ggf. 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.? <input type="checkbox"/> Ja Wie viele Zigaretten/ pro Tag? _____ Seit wann rauchen Sie? _____ Rauchen Sie Shisha? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein, ich habe <b>nie</b> geraucht. <input type="checkbox"/> Ich rauche <b>nicht mehr</b> seit _____ Jahren Ich habe _____ Jahre geraucht, _____ Zigaretten täglich
Haben Sie Hilfsmittel oder Geräte? z.B. Peakflow, Flutter, Sauerstoff, CPAP, Inhaliergerät	
Sind Allergien bekannt? Medikamenten-Unverträglichkeiten?	
Chronische oder schwere Erkrankungen in Ihrer Vorgeschichte? z.B. Diabetes, Asthma, chron. Bronchitis, Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Thrombose etc.  Ggf. auch die <b>Rückseite</b> des Fragebogens verwenden.	Erkrankung: 1) _____ 2) _____ 3) _____
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 <b>Rückseite</b> 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 <b>im letzten Jahr</b> geröntgt oder eine Computertomographie durchgeführt worden?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> <b>Wenn ja, bringen Sie bitte möglichst die Bilder und den schriftlichen Befund mit in die Praxis.</b>
Haben Sie Interesse an einer kostenpflichtigen (25 € nur Barzahlung in der Praxis möglich) Messung der Atemwegsentzündung, mit der Asthmaaktivität und Kortisonbedarf besser beurteilt werden können? Nähere Infos in der Praxis.	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>

Datum/ Unterschrift: \_\_\_\_\_

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