



**Name:**

- Ihre aktuellen Beschwerden: (Stichwörter reichen):

---

---

---

- Sind Vorerkrankungen bekannt?, Wenn ja welche (z.B.  Bluthochdruck,  Zucker, usw.)

---

---

---

Sind Operationen durchgeführt worden? Wenn ja welche .

---

---

---

- Ihr (früherer) Beruf? \_\_\_\_\_  berentet

- Haben Sie Allergien?  nein  ja, und zwar gegenüber

---

- Falls bei Ihnen Heuschnupfen/allergisches Asthma bekannt ist: In welchen Monaten treten die Beschwerden auf ?

- Januar  Februar  März  April  Mai  Juni  Juli  August  September  
 Oktober  November  Dezember

- Glauben Sie, dass eine Allergie Ursache Ihrer aktuellen Beschwerden sein könnte?  
 ja,  nein

- Haben Sie eine Kontrastmittel- oder Medikamentenunverträglichkeit?

• \_\_\_\_\_

- Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht?

nein / Bestand oder besteht eine relevante Passivrauch-Exposition  ja  nein

ja, \_\_\_ Zig. / Tag, seit \_\_\_\_\_ (Jahr) bis \_\_\_\_\_(Jahr) oder  aktuell weiterhin

- Haben Sie Haustiere ?  nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

- Sind Sie aktuell krankgeschrieben  nein  ja, seit wann \_\_\_\_\_

- Wann wurde zuletzt ein Röntgenbild der Lunge angefertigt? \_\_\_\_\_

- Sind Sie zu früh geboren?  ja  nein

- Bestanden in der Kindheit häufige schwere Atemwegsinfekte ?  ja  nein

- Wie gut ist Ihr Schlaf?

morgens bin ich meist gut erholt  ich schnarche meistens

morgens und tagsüber bin ich eher schläfrig und erschöpft

nachts wurden bei mir Atemaussetzer beobachtet



Name:

- Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein (einschließlich Augentropfen)?

Bitte tragen Sie diese möglichst genau mit der Dosierung in mg und den Einnahmezeiten in die Tabelle

Wenn sie einen Medikamentenplan haben können Sie uns diesen alternativ vorlegen, dann ist das Ausfüllen nicht erforderlich.

Medikamentenname (zB. Aspirin 100 mg	Morgens 1	Mittags 0	Abends 0 )	Zur Nacht	Bei Bedarf



## Pneumologie Zentrum Lübeck/ Bad Schwartau

Pneumologie • Allergologie • Schlafmedizin  
Dres. Apel/ Becker/ Bendig/ Rausch

[www. Lunge-luebeck.de](http://www.Lunge-luebeck.de)



Pferdemarkt 6-8 23552 Lübeck

Tel: 0451-73 88 1

Am Kurpark 1 23611 Bad Schwartau

Tel: 0451- 31 75 01 80

**Name:**

### **Einverständniserklärung (nach EBM 2008)**

Bei einer Praxisübergabe gestatte ich, dass meine Behandlungsdaten einem Praxisnachfolger ohne Einschränkungen überlassen werden.

1. Ich möchte, dass mein Hausarzt / -ärztin und folgende Fachärzte regelmäßig über hier durchgeführte Untersuchungen / Behandlungen informiert wird

Frau/Herr Dr. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Frau/Herr Dr. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

2. Im Rahmen von Folgeterminen, Kontrollterminen bekommen Sie von uns eine Terminerinnerung als SMS oder E Mail ein paar Tage vor Ihrem Termin (von unserem digitalen Terminkalender Doctolib). Hierbei können Sie dann Ihren Termin ggf. absagen, wenn sie ihn nicht mehr benötigen/wahrnehmen können. Bitte geben Sie uns hierzu Ihre E Mailadresse oder Ihre Handynummer.

Mobile Tel Nr: \_\_\_\_\_

E Mail- Adresse: \_\_\_\_\_

**Wichtig: Bitte informieren Sie uns, sobald sich Ihrer Handynummer oder E-Mail-Adresse ändert.**

3. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten in anonymisierter Form zu Forschungs-/Verwaltungszwecken verwendet werden.

Mir ist bekannt, dass bei Computerwartungen etc. meine Daten evtl. externem Personal zugänglich sind, welches aber auch zu Verschwiegenheit verpflichtet ist.

4: Laboruntersuchungen werden in der Laborärztlichen Gemeinschaftspraxis Lübeck durchgeführt, in Einzelfällen im Labor Sennekamp/Jost in Bonn. Ich willige ein, dass im Rahmen von erforderlichen Untersuchungen meine Daten an die Labore weitergegeben werden.

**Name:**

5: Bei Röntgen-Untersuchungen ist es im Einzelfall erforderlich im Vorhinein Laborwerte zur Verfügung zu stellen, um die Untersuchung komplikationslos durchführen zu können. Ich willige ein, dass wenn dies erforderlich, ist meine Labordaten an das entsprechende Röntgeninstitut gesendet werden.

6: Falls eine Weiterbehandlung/Mitbehandlung im Krankenhaus erforderlich ist willige ich ein, dass meine Daten und Befunde entsprechend an das Krankenhaus gesendet werden.

7. Die Information über den Datenschutz habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit bei uns schriftlich widerrufen.

Tel.Nr: \_\_\_\_\_

(Falls Sie keine Handynummer oder E-Mail-Adresse angegeben haben bitten wir Sie Ihre Telefonnummer zu notieren)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift