

Name, Vorname			
Geburtsdatum	Größe	Gewicht	
Telefonnummer			
Email-Adresse			

## Ist bei Ihnen bereits eine Lungenerkrankung bekannt?

Asthma bronchiale

COPD

Lungenfibrose

Andere Lungenerkrankungen:

## Ist bei Ihnen bereits eine der folgenden Erkrankungen bekannt?

Glaukom (grüner Star)

Prostatahyperplasie

Herzrhythmusstörungen

Nierenschwäche

Schilddrüsenstörung

Nasenpolypen

weitere Erkrankungen:

## Welche Medikamente (auch frei verkäufliche und pflanzliche Präparate) nehmen Sie ein?

## Allergien

Bekannte/vermutete Allergene:

Jahreszeiten mit Beschwerden:

Frühling Sommer Herbst Winter

Gegenüber Medikamenten/Antibiotika:

## Weiteres

Beruf (bzw. berufliche Schadstoffexposition?):

Haustiere:

Röntgen- oder CT-Aufnahmen der Lunge (Datum, Ort):

Weitere Informationen: