

Anmeldeformular

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

PLZ/Wohnort: _____ Straße/Hausnr.: _____

Telefon privat: _____ Telefon beruflich: _____

Ihre Körpergröße: _____ cm Ihr Körpergewicht: _____ kg

Hausarzt: _____ Adresse: _____ Bericht erwünscht: Ja / Nein

Anlass des Arztbesuches: _____

Beruf: _____ Jetzige Tätigkeit: _____

Haben / Hatten Sie beruflich Kontakt mit Asbest oder anderen Lungenschadstoffen? _____

Letzte Röntgenaufnahme der Lunge: Wann? _____ Wo? _____

Bekannte Allergien: _____ Gegen Arzneimittel? _____

Krankheiten: _____

Operationen: _____

Letzter Krankenhaus-Aufenthalt: Wann? _____ Wo? _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____

Haben Sie Haustiere? _____ Schnarchen Sie? _____

Rauchen Sie? _____ Seit _____ Jahren _____ Zigaretten pro Tag.

Oder haben Sie geraucht? _____ Bis vor _____ Jahren _____ Zigaretten pro Tag.

Für Frauen: Besteht aktuell eine Schwangerschaft? _____

Liegt ein anerkannte Berufserkrankung vor? Ja Nein

Unterschrift _____