

Asthma - Z 4

Versicherungsscheinnr: /
Versicherte Person:
Geburtsdatum:
Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

1. Seit wann leiden Sie an Asthma? Seit _____
2. Wie oft treten die Anfälle (Atemnot) auf? _____ mal/Jahr
3. Wie lange dauern die Anfälle durchschnittlich? ca. _____ Minuten
4. Wann trat der letzte Anfall auf? Am: _____
5. Hatten Sie schon einmal einen Status asthmaticus? nein
Wenn ja, wann zuletzt und wie oft insgesamt ? ja, am: _____ Häufigkeit: _____
6. Wurde eine Allergietestung vorgenommen? ja
 nein
Wenn ja, wurde eine Allergie festgestellt? ja, gegen _____
 nein
7. Fand eine Desensibilisierungsbehandlung statt? ja, am: _____
 nein
8. Werden / wurden Sie mit Medikamenten behandelt? ja, von: _____ bis: _____
Wenn ja, wann? Welche? Dosierung? nein
Wenn ja: Regelmäßig/ bei Bedarf mit _____ Dosierung: _____
 Regelmäßig/ bei Bedarf mit _____ Dosierung: _____
9. Sind Sie unter Medikamenten völlig beschwerdefrei? ja
 nein
10. Rauchen Sie? ja, seit: _____
 nein
Wenn ja, seit wann, wieviel täglich? Zigaretten: _____ Stück/Tag
 Sonstiges: _____ Stück/Tag

