



## PNEUMOLOGIE PIRNA

Dr. med. Kathrin Pilz | FÄ für Innere Medizin  
Schwerpunkt Pneumologie

### Questionnaire

*Bitte füllen Sie alle Fragen sorgfältig aus.  
Please answer our questions thoroughly.*

name:

date of birth:

Family doctor / Hausarzt:

Current Complains / Jetzige Beschwerden:

Haben Sie Husten - wenn ja, seit wann/tags nachts?  
Do you have a cough – if yes, since when/ at daytime /at night?

Müssen Sie Schleim abhusten – wenn ja, hell, gelb, grün oder blutig?  
Do you have to caught up mucus – if yes, is it light, yellow, green, or bloody?

Haben Sie Atemnot – wenn ja, wann, bei Belastung/in Ruhe und seit wann?  
Do you have dyspnoea – if yes, since when and under stress or at rest?

Fühlen Sie Schmerzen in der Brust?  
Do you feel Pain in the Chest?

Waren Sie erkältet?  
Do you had a cold?

Welche Medikamente nehmen Sie ein?  
Which medication do you take?

Sind Allergien oder Heuschnupfen bei Ihnen bekannt?  
Do you have any known allergies or hey fever?

Rauchen Sie oder haben Sie einmal geraucht, wenn ja wie viel?  
Do you smoke or had you smoked in the past, if yes how many cigaretts?

Welchen Beruf haben oder hatten Sie und wo arbeiten oder arbeiteten Sie?  
What job do or did you have and where do or did you work?

Vielen Dank / Thank you