

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND

Rehabilitationsklinik Borkum Riff 26757 Nordseeheilbad Borkum Hindenburgstr. 126
 Telefon (04922) 30 20
 Fax Allgemein (04922) 30 26 79
 Fax Ärztl. Bereich (04922) 30 26 80
 Fax Pat.-Aufnahme (04922) 30 26 81
 Fax Verwaltung (04922) 30 26 82

(Name)	(Vorname)	(Geburtsdatum)
(Wohnort)	(Strasse)	(Telefon- und ggf. Handy-Nr.)
Mein nächster Angehöriger ist:		
(Wohnort, Strasse)	(Telefon- und ggf. Handy-Nr.)	

1.0 Fragebogen

Allgemeine Fragen aus Beruf und Krankenvorgeschichte

Wer gab die Hauptanregung zur Durchführung dieser Rehabilitationsmaßnahme					
Sie selbst	<input type="checkbox"/>	Im Rentenverfahren	<input type="checkbox"/>	Sonstige Stellen	<input type="checkbox"/>
Vorschlag der Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	Arbeitsamt	<input type="checkbox"/>	_____	
Behandelnder Arzt	<input type="checkbox"/>	Krankenkasse (§ 51)	<input type="checkbox"/>		

Art des Heilverfahrens					
Allgemein	<input type="checkbox"/>	Tumornachsorge	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>
Kinderheilverfahren	<input type="checkbox"/>	Anschlussheilbehandlung	<input type="checkbox"/>	_____	

Bisherige Heilverfahren (auch Kuren) oder Gesundheitsmaßnahmen			
Jahr	Kostenträger	Wo	Wegen

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND

Rehabilitationsklinik Borkum Riff 26757 Nordseeheilbad Borkum Hindenburgstr. 126
 Telefon (04922) 30 20
 Fax Allgemein (04922) 30 26 79
 Fax Ärztl. Bereich (04922) 30 26 80
 Fax Pat.-Aufnahme (04922) 30 26 81
 Fax Verwaltung (04922) 30 26 82

Familiäre Krankheitsvorgeschichte

	Vater	Mutter	Geschwister	weitere Verwandte	
				mütterlicherseits	väterlicherseits
Herzinfarkte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere schwerwiegende Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eigene Krankheitsvorgeschichte

An Kinderkrankheiten sind bekannt: keine nicht erinnerlich
 Scharlach Diphtherie Windpocken Mumps Röteln Masern Keuchhusten

Bisherige Krankheiten und Operationen (z.B. Tbc, Gelbsucht, Rheuma etc.)

(Bitte Angaben in zeitlicher Reihenfolge; Kinderkrankheiten zuerst)

Jahr	Krankheit	Falls Krankenhausbehandlung Ort und Name des Krankenhauses

1.0 Spezielle Vorgeschichte

Siehe Anlage Fragebogen Hautkrankheiten/ Atemwegserkrankungen

2.0 Allergologische Vorgeschichte

	ja	nein
2.1. Heuschnupfen/ Niesanfälle/ Augentränen/ Augenjucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Beschwerden bei Tierkontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3. Asthma (Luftnot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND

Rehabilitationsklinik Borkum Riff 26757 Nordseeheilbad Borkum Hindenburgstr. 126 Telefon (04922) 30 20
Fax Allgemein (04922) 30 26 79
Fax Ärztl. Bereich (04922) 30 26 80
Fax Pat.-Aufnahme (04922) 30 26 81
Fax Verwaltung (04922) 30 26 82

2.4.	Halten Sie Haustiere	ja	nein
	Wenn ja, welche _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	früher _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5.	Nahrungsmittelunverträglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6.	Medikamentenunverträglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7.	Allergietest (wenn ja, bitte Allergiepass mitbringen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8.	Hautreaktionen bei Kontakt mit Latex oder Nickel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.0	Vegetative Vorgeschichte		
3.1.	Schlaf gestört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1.1.	Einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1.2.	Durchschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2.	(Lautes) Schnarchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2.1.	Tagsmüdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3.	Nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4.	Appetit (normal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5.	Gewicht: Zunahme/Abnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	wenn ja wie viel _____ kg in welchem Zeitraum _____		
3.6.	Stuhlgang regelmäßig / normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7.	Beschwerden beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8.	Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, wie oft _____		

4.0	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Falls ja:		
4.1.	Seit wie vielen Jahren _____		
4.2.	Wie viele Zigaretten rauchen Sie _____ Stck. täglich		
4.3.	Rauchen Sie Tabak oder Zigarren? _____ Stck.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.	Haben Sie früher stärker geraucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.0	Falls Sie nicht (mehr) rauchen:		
	Haben Sie früher geraucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Falls ja:		
5.1.	Wie viele Jahre? _____		
5.2.	Wie viele Zigaretten (Zigarren, Tabak) pro Tag _____ Stck/Gramm		

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND

Rehabilitationsklinik Borkum Riff 26757 Nordseeheilbad Borkum Hindenburgstr. 126 Telefon (04922) 30 20 Fax Allgemein (04922) 30 26 79 Fax Ärztl. Bereich (04922) 30 26 80 Fax Pat.-Aufnahme (04922) 30 26 81 Fax Verwaltung (04922) 30 26 82

10.1. Inwieweit ergeben sich dadurch Einschränkungen in Ihrem Beruf und/oder Alltag?

keine gering stark

Erläuterung: _____

11.0 **Krankheitsverständnis/Informationsstand/Krankheitsverarbeitung**

11.1. Fühlen Sie sich über Ihre Erkrankung ausreichend informiert? ja nein

11.2. Auf welche Belastungsfaktoren führen Sie Ihre Erkrankung evtl. zurück?

keine berufliche private

folgende: _____

11.3. Wie versuchen Sie mit Ihrer Erkrankung umzugehen? Bisher verdränge ich diese noch

Ich versuche mich darüber zu informieren Ich nehme an einer Selbsthilfegruppe teil

Ich wende Entspannungstechniken an Ich erhalte psychologische Hilfe

Sonstiges: _____

12.0 **Aktuelle Medikation/Salben** (bitte Originalpackung oder Beipackzettel mitbringen)

Medikament	Dosis (mg)	morgens	mittags	abends	seit wann
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

12.1. **Aktuelle nicht-medikamentöse Therapie**

Krankengymnastik (____x/Woche) Massagen (____x/Woche)

Entspannungstherapie Selbsthilfegruppe (____x/Woche)

Psychotherapie, psychologische Betreuung, seit _____

Sonstiges: _____

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND

Rehabilitationsklinik Borkum Riff 26757 Nordseeheilbad Borkum Hindenburgstr. 126 Telefon (04922) 30 20 Fax Allgemein (04922) 30 26 79 Fax Ärztl. Bereich (04922) 30 26 80 Fax Pat.-Aufnahme (04922) 30 26 81 Fax Verwaltung (04922) 30 26 82

13.0	Betreuende Ärzte/Betriebsarzt (Name/Fachrichtung/Anschrift)

14.0	Allgemeine Sozialanamnese
14.1.	Familienstand <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> verwitwet Kinder _____ <input type="checkbox"/> männlich; Alter _____ <input type="checkbox"/> weiblich; Alter _____ davon im Haushalt lebend _____
14.2.	Die häusliche Wohnsituation ist <input type="checkbox"/> geordnet <input type="checkbox"/> nicht geordnet, weil <input type="checkbox"/> Eigenheim <input type="checkbox"/> Mietwohnung
14.3.	Bestehen derzeit soziale Belastungen (z.B. Pflege von Angehörigen, Scheidungen, etc.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil _____
14.4.	Die Deckung des Lebensunterhaltes erfolgt zurzeit durch <input type="checkbox"/> eigene Erwerbsfähigkeit <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld/-hilfe <input type="checkbox"/> Krankengeld Rente wegen <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeit <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeit <input type="checkbox"/> Berufsgenossenschaftliche Rente <input type="checkbox"/> Dauerrente <input type="checkbox"/> Rente auf Zeit bis _____ Sind Sie finanziell abgesichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> hierzu mache ich keine Angaben
14.5.	Freizeitbeschäftigungen/Hobbys: _____
14.6.	Anerkennung einer Minderung der Erwerbsfähigkeiten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen _____ eines Grades der Behinderung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit einem Grad der Behinderung von _____ wegen _____
14.7.	Berufskrankheit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (anerkannt, gemeldet) _____

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND

Rehabilitationsklinik Borkum Riff 26757 Nordseeheilbad Borkum Hindenburgstr. 126 Telefon (04922) 30 20 Fax Allgemein (04922) 30 26 79 Fax Ärztl. Bereich (04922) 30 26 80 Fax Pat.-Aufnahme (04922) 30 26 81 Fax Verwaltung (04922) 30 26 82

14.8. Weitere z.Zt. beantragte Sozialleistungen, insbesondere berufliche Rehabilitation,
Rente/Erwerbsunfähigkeit nein
 ja, nämlich _____

14.9. z.Zt. laufende Sozialrechtsstreitigkeiten nein ja, nämlich _____

15.0 **Schul- und Berufsausbildung**

15.1. Schulabschluss nein ja, welcher _____

15.2. Studium nein ja, welches _____

15.3. Erlernte Berufe nein ja, Abschluss _____

15.4. Bisherige Tätigkeiten: _____

15.5. Berufswechsel aus gesundheitl. Gründen: nein ja, weil _____

15.6. Umschulungen nein ja, weil _____

15.7. Name und Anschrift des Arbeitgebers: _____

15.8. Jetzige und/oder zuletzt ausgeübte Tätigkeiten mit Arbeitsplatzbeschreibung

in Teilzeit mit _____ Std./Woche ganztags an _____ Tagen/Woche
 Frühschicht Tagschicht Nachtschicht Wechselschicht

15.9. Der Weg zur Arbeit beträgt _____ km und wird mit PKW Bahn/Bus
 Fahrrad zu Fuß zurückgelegt. Anfahrtsdauer ca. _____ Min.

15.10. Bestand bei Antritt der Rehabilitationsmaßnahme Arbeitsfähigkeit Arbeitsunfähigkeit
wenn ja bitte Angabe der Ursache: _____

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND

Rehabilitationsklinik Borkum Riff 26757 Nordseeheilbad Borkum Telefon Fax Allgemein (04922) 30 26 79
Hindenburgstr. 126 (04922) 30 20 Fax Ärztl. Bereich (04922) 30 26 80
Fax Pat.-Aufnahme (04922) 30 26 81
Fax Verwaltung (04922) 30 26 82

15.11. Arbeitsunfähigkeitszeiten innerhalb der letzten 12 Monate keine
 unter drei Monate; Grund/Dauer _____

 3-6 Monate; Grund/Dauer _____

 über 6 Monate; Grund/Dauer _____

Beschreibung des Arbeitsplatzes

16.0 (bitte in Stichworten Ihren Arbeitsalltag beschreiben)

16.1. Arbeitsplatzbeschreibung inkl. körperlicher und physischer Belastung:

16.2. Sind Sie durch Ihre Erkrankung(en) in Ihrem Beruf eingeschränkt?
 nein wenn ja, welche Einschränkungen bestehen? _____

16.3. Welche körperlichen Beanspruchungen sind in Ihrem Arbeitsalltag erforderlich?
 Leicht (z.B. Heben und Tragen von leichten Werkstücken)
 Mittelschwer (z.B. Handhaben von 1-3 kg beim Treppensteigen,
bzw. Heben und Tragen von 10-15 kg in der Ebene) (ca. _____x/Stunde; _____x/Tag)
 Schwer, z.B. Tragen von etwa 20-30kg schweren Lasten (ca. _____x/Stunde; _____x/Tag)
 Schwerst, z.B. Heben und Tragen von über 50 kg (ca. _____x/Stunde; _____x/Tag)

16.4. Welche Arbeitshaltung ist in Ihrem Arbeitsalltag erforderlich?
 Stehen ständig überwiegend zeitweise gelegentlich
 Gehen ständig überwiegend zeitweise gelegentlich
 Sitzen ständig überwiegend zeitweise gelegentlich
(ständig=>90%; überwiegend=50-90%; zeitweise= 10%; gelegentlich= 5% der Arbeitszeit)

16.5. Bestehen belastende Einflüsse?
 Zwangshaltung Steigen Rauchentwicklung
 Einseitige Armbelastung Publikumsverkehr Starke Staubentwicklung
 gebückte Stellung Hohe Verantwortung Gerüche Kälte
 Haltearbeit Ständige Konzentration Zugluft Gase
 Überkopfarbeiten Bildschirmtätigkeit Dämpfe Nässe
 Klettern schlechtes Arbeitsklima Hitze Lärm
Bitte machen Sie nähere Angaben zu den belastenden Einflüssen (z.B. Prozent der Arbeitszeit)

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND

Rehabilitationsklinik Borkum Riff 26757 Nordseeheilbad Borkum Telefon Fax Allgemein (04922) 30 26 79
Hindenburgstr. 126 (04922) 30 20 Fax Ärztl. Bereich (04922) 30 26 80
Fax Pat.-Aufnahme (04922) 30 26 81
Fax Verwaltung (04922) 30 26 82

16.6.	Besondere soziale Belastungen am Arbeitsplatz: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> folgende: _____
16.7.	Betriebsgröße: ca. _____ Mitarbeiter (Dauer Ihrer Betriebsangehörigkeit: _____ Jahre)
16.8.	Arbeitsplatzzufriedenheit: <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden, weil _____
16.9.	Ist ein Betriebsarzt vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Besteht eine regelmäßige Betreuung durch den Betriebsarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16.10.	Glauben Sie, den Anforderungen Ihrer bisherigen Arbeit (falls Sie zurzeit arbeitslos sind, für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit) auch in Zukunft genügen zu können? <input type="checkbox"/> Ja, Wiederaufnahme/Weiterausübung der bisherigen Tätigkeit möglich. <input type="checkbox"/> Ja, aber einzelne Arbeitsabläufe müssen evtl. geändert/angepasst/umgestellt werden, wie folgt: _____
	Nein, weil: _____
16.11.	Sehen Sie sich grundsätzlich in der Lage aus gesundheitlichen Gründen einer geregelten Erwerbstätigkeit nachzugehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil _____

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND

Rehabilitationsklinik Borkum Riff	26757 Nordseeheilbad Borkum Hindenburgstr. 126	Telefon	Fax Allgemein	(04922) 30 26 79
		(04922) 30 20	Fax Ärztl. Bereich	(04922) 30 26 80
			Fax Pat.-Aufnahme	(04922) 30 26 81
			Fax Verwaltung	(04922) 30 26 82

Datenschutzerklärung

Sämtliche uns bekannt werdenden, Ihre Person betreffenden Informationen dienen ausschließlich der Durchführung einer ganzheitlichen Rehabilitationsmaßnahme in unserer Klinik.

Wir unterliegen den strengen Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes und haben für unsere Klinik einen Datenschutzbeauftragten. Alle in der Klinik tätigen Mitarbeiter unterliegen einer besonderen, vertraglich geregelten, über das Arbeitsverhältnis hinausgehenden Schweigepflicht. Die beteiligten Mitarbeiter erhalten nur Zugang zu dem Teil Ihrer Daten, den sie im Rahmen der Durchführung Ihrer Rehabilitationsmaßnahme benötigen.

Der ärztliche Entlassungsbericht geht ausschließlich an den jeweiligen Kostenträger (z.B. BfA) Ihrer Rehabilitationsmaßnahme. An weiterbehandelnde Institutionen (z.B. Ihren Hausarzt oder Ihre Krankenkasse) leiten wir den Bericht nur weiter, wenn Sie dem ausdrücklich schriftlich zugestimmt haben.

Ihre

Rehabilitationsklinik „Borkum Riff“

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben

(Datum, Unterschrift des Versicherten)

Fragebogen Hauterkrankungen

		ja	nein
1.0	Hautärztliche Behandlungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.0	Hauttyp eher fettig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.0	Hauttyp eher trocken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.0	Juckreiz zeitweise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.0	Juckreiz ständig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.0	Sonnenallergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.0	Milchschorf im Säuglingsalter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.0	Beugenekezeme im Kindesalter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.0	Nesselsucht (Urtikaria mit Quaddeln)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.0	Gesichtsschwellung (Augenlider, Lippen, Zunge)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.0	Schuppenflechte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.0	Schuppenflechte mit Gelenkbeteiligung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.0	Nagelveränderungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.0	Haarausfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.0	Erkrankungen der Schleimhäute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.0	Sonstige Hauterkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wenn ja, welche? _____

17.0 Wie viel Zeit benötigen Sie für Ihre tägliche Hautpflege? _____ Minuten

18.0 Sonstige Anmerkungen? _____

Fragebogen Atemwegserkrankungen		ja	nein
1.0	Haben Sie Husten und Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Falls ja:		
1.1.	mindestens 3 Monate im Jahr (höchstens) mit kleineren Unterbrechungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.	weniger als 3 Monate, aber mindestens 3 Wochen im Jahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3.	weniger als 3 Wochen im Jahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.	nur im letzten Jahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5.	in den letzten 2 Jahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6.	seit 3-10 Jahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7.	seit mehr als 10 Jahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8.	überwiegend bei Erkältungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9.	überwiegend in den Herbst- und Wintermonaten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.10.	unabhängig von den Jahreszeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.0	Ist Ihr Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.	überwiegend schleimig (weißlich, wässrig, schaumig)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.	überwiegend gelblich oder grünlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.	nur gelegentlich gelblich oder grünlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4.	gelegentlich blutig gefärbt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5.	Verschlucken Sie evtl. den beim Husten geförderten Schleim?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6.	Haben Sie mehr als 1 Esslöffel voll Auswurf innerhalb 24 Stunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.0	Haben Sie im Allgemeinen nur trockenen Husten (ohne Auswurf)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.0	Sind Sie kurzatmig (haben Sie Luftmangelgefühl)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Falls ja:		
4.1.	schon in Ruhe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2.	beim Waschen und Ankleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3.	beim Gehen auf der Ebene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.	beim Treppensteigen von 1-2 Etagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5.	seit mehr als 2 Jahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.0	Hatten Sie jemals Atemnot mit Pfeifen in der Brust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1.	Haben Sie immer noch zeitweise Atemnot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2.	War der Beginn Ihrer Atemnotanfälle mit tief greifenden Veränderungen im beruflichen oder familiären Bereich verbunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3.	Haben Sie (zutreffendes ankreuzen) <input type="checkbox"/> häufig Erkältungen Atembeklemmung bei <input type="checkbox"/> Wettereinflüssen <input type="checkbox"/> Aufregung <input type="checkbox"/> körperlicher Anstrengung <input type="checkbox"/> Kontakt zu Blütenstaub <input type="checkbox"/> Tieren <input type="checkbox"/> Hausstaub <input type="checkbox"/> unter anderen Umständen		
5.4.	Wurde bei Ihnen schon einmal eine Allergietestung durchgeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja, wann und mit welchen positiven Ergebnissen? _____		