

Aktuelles Datum:

Name: _____

Vorname _____

Geboren _____

Fragen zu ihrer aktuellen Erkrankung bzw. ihren aktuellen Beschwerden, die zur Vorstellung in unserer Praxis geführt haben:

1.1 Was ist nach Ihrer persönlichen Meinung die führende Beschwerdesymptomatik (aktuell) ?

1.2 Was ist nach Ihrer persönlichen Meinung die Ursache ihrer aktuellen Lungenerkrankung?

1.3 Wann sind diese Beschwerden zum ersten Mal von Ihnen bemerkt worden?

vor Tagen/Wochen/Monaten/Jahren: _____

1.4 Mit welchen Beschwerden hat die Erkrankung begonnen:

	Ja	Nein
Reizhusten		
Husten mit Auswurf		
Luftnot bei Belastung		
anfallsartige Luftnot		
ständige Luftnot auch schon in Ruhe		
fiebrhafter Infekt der Atemwege/ Lungenentzündung/grippale Beschwerden		
Weiteres:		

1.5 Welche Beschwerden haben Sie bis heute

	Nein	gebessert	gleichbleibend	verschlechtert
Reizhusten				
Husten mit Auswurf				
Luftnot bei Belastung				
anfallsartige Luftnot				
ständige Luftnot auch schon in Ruhe				
fiebrhafter Infekt der Atemwege/ Lungenentzündung/grippale Beschwerden				
Andere Ursachen:				

1.6 Wie sehr schränkt Sie die Luftnot ein?

Ich habe keine Luftnot und daher auch keine Einschränkung	
Ich habe keine Luftnot außer bei sehr starker Belastung	
ich habe Luftnot, wenn ich in der Ebene rasch gehe oder bergauf gehe.	
Ich gehe langsamer als Menschen meines Alters bzw. ich kann nicht mehr so rasch gehen, wie ich es gewohnt bin.	
Ich bleibe häufig stehen	
ich habe ständig Luftnot	
ich bin zu atemlos, um das Haus zu verlassen.	
Ich bin zu atemlos, um mich anzuziehen oder zu waschen.	

1.7 Weitere Angaben, falls Sie an Luftnot leiden (bitte zutreffendes ankreuzen)

Meine Luftnot hat plötzlich begonnen.	
Eine Luftnot hat langsam begonnen und hat sich allmählich verschlechtert.	
Meine Luftnot verschlechtert sich durch Kälte/Nässe.	
Meine Luftnot verschlechtert sich durch Wärme/Schwiele Wetter.	
Meine Luftnot verschlechtert sich nach Umgang mit Tieren (welche: ...)	
Meine Luftnot verschlechtert sich zu Hause.	
Meine Luftnot verschlechtert sich bei der Arbeit (welche Arbeit:.....?)	
Meine Luftnot ist unabhängig von den Jahreszeiten.	
Wenn ich tief einatmen, muss ich husten.	
Ich habe vor allem nachts Husten.	
Ich habe vor allem morgens Luftnot.	
Meine Luftnot steigert sich im Verlauf des Tages.	
Ich habe in der Woche stärkere Luftnot als am Wochenende.	

1.8 Weitere Angaben, falls Sie an Husten leiden (bitte zutreffendes ankreuzen)

Ich habe keinen Husten.	
Ich muss husten, wenn ich Luftnot habe.	
Ich muss husten wenn ich tief einatmen.	
Ich muss husten, wenn ich mich körperlich anstreng.	
Ich huste gelegentlich.	
Ich huste häufig.	
Ich huste vor allem morgens.	
Ich huste nachts.	
Ich habe schwere Hustenattacken.	
Ich habe keinen Auswurf.	
Ich habe weißlich hellen Auswurf.	
Ich habe gelblich grünlichen Auswurf.	
Ich habe Blut im Auswurf (sogenanntes Bluthusten/Hämoptysen).	

1.9 Welche anderen Beschwerden/Symptome haben Sie? (Bitte ankreuzen)

ungewollter Gewichtsverlust (über 5 kg in den letzten 6 Monaten)	
Fieber	
Nachtschweiß mit Wechsel von Nachthemd oder Wäsche	
Leistungsknick, Müdigkeit und Abgeschlagenheit	
Lymphknotenschwellungen	
Hautveränderungen/Ausschläge	
lichtempfindlicher Haut	
Schleimhautveränderungen oder Geschwüre im Mund	
Schluckstörungen	

Sodbrennen	
Brustschmerz/Engegefühl in der Brust	
Schmerzen an großen Gelenken (Schulter, Knie, Hüfte)	
Schmerzen an kleinen Gelenken (Hand, Fingergelenke, Zehengelenke)	
Wassereinlagerungen in den Beinen	
Schwellungen an Fingern	
Raynaud-Syndrom (anfallsartige Verfärbung von Fingern bei Kälte (weiß, blau, rot))	
trockene Augen/trockener Mund	
Muskelschmerzen	
Andere Beschwerden	

2. Fragen zu Ihrer Vorgeschichte

2.1 Sind Sie wegen ihrer aktuellen Lungenerkrankung schon mit Medikamenten behandelt worden (z. B. Cortison, Azathioprin, Cyclophosphamid, Pirfenidon, Nintedanib, MTX)?

Wenn ja, ging es ihm damit besser?

Medikament	Eingenommen von ... bis:	Besserung Ja	Besserung Nein

2.2 sind Sie bei Ihnen bereits andere Lungenerkrankung diagnostiziert worden?

Wenn ja welche?

Asthma	
COPD	
Lungenhochdruck (pulmonale Hypertonie)	
Sarkoidose	
bakterielle/virale Lungenentzündung	
eosinophile Pneumonie	
Lungentuberkulose	
exogen allergische Alveolitis (Vogelhalterlunge, Farmerlunge, Befeuchterlunge ...)	
Lungenfibrose	
Lungenkrebs	

2.3 A haben Sie jemals eine Bestrahlungstherapie bekommen? Ja nein

wenn ja, wann: _____ warum? _____

Welche Körperregion: _____

2.3 B Haben Sie jemals eine Chemotherapie bekommen? Ja nein

wenn ja, wann: _____ welche: _____

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung: _____

2.3 C Haben Sie jemals eine Immuntherapie bekommen? Ja nein

wenn ja, wann: _____ welche: _____

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung: _____

2.4 haben oder hatten Sie beruflich oder privat Umgang mit folgenden gefahren Stoffen oder führend bzw. führten Sie folgende Tätigkeiten durch?

	Beruflich	Privat
Eigene Landwirtschaft (inkl. Weinwirtschaft oder in unmittelbarer Nachbarschaft)		
Großer Garten / Waldbewirtschaftung		
Düngemittel, Spritzmittel		
Erde, Torf, Kompost		
Bergwerk, Steinbruch, Steinmetz, Sandstrahler		
Metallverarbeitung		
Schweißen und/oder Löten		
Lacke, Lösungsmittel, Klebstoffe, Sprays		
Papierverarbeitung		
Maler, Lackierer, Tapezierarbeiten		
Asbest		
Arbeiten in einem Treibhaus		
Pilzzucht		
Holzbearbeitung		
Installateur		
Lebensmittelverarbeitung		
Müllentsorgung		

2.5 Listen Sie bitte private Tätigkeiten/Hobbies (z.B. Bastler, Musiker, Weinberge, Hobbygärtner, Feuerwehr, Feuerschlucker, u.s.w) auf, die Ihrer Meinung nach zu einer Gefährdung der Lunge geführt haben könnten.

Von bis Tätigkeit Exposition/Gefahrstoffe

<i>Beispiel: 2006</i>	<i>Derzeit</i>	<i>Gartenarbeiten</i>	<i>Kompost, Erde</i>

2.6 Bitte kreuzen Sie zutreffendes an:

Haben Sie Schimmel in Ihren Wohnräumen (Schlafzimmer, Bad, Keller,...)?	
Haben Sie einen modrigen Geruch in Wohnung, Haus oder Keller bemerkt?	
Haben Sie Topfpflanzen Ihren Wohnräumen?	
Haben Sie ein Treib- oder Gewächshaus?	
Betreiben Sie einen Luftbefeuchter oder Zimmerspringbrunnen?	
Haben Sie einen Wirlpool, eine Sauna oder ein Schwimmbad zu Hause?	
Arbeiten oder leben Sie in Räumen mit einer Klimaanlage?	
Verwenden Sie ein Dampfbügeleisen?	
Züchten Sie selbst Speisepilze?	
Haben Sie Bio-Abfälle in der Küche, die länger als einen Tag in der Küche bleiben?	
Haben Sie Kompost im Garten?	
Haben Sie eine Bio-Tonne? Wenn ja, wo:	
Betreiben Sie eine Landwirtschaft?	
Lagern Sie Stroh, Heu oder Getreide auf Ihrem Haus oder Hof?	
Versorgen Sie Pferde, Hühner oder andere Tiere mit Einstreu oder Silage ?	
Betreiben Nachbarn eine Landwirtschaft?	
Halten oder hielten Sie Vögel im/am Haus bzw. haben Sie viel Vogelkot an Fensterbänken oder nisten Vögel im oder nahe am Haus (Papagei, Wellensittich, Tauben, Hühner etc.)?	
Haben Sie direkten oder indirekten Kontakt mit einer großen Voliere oder einen Taubenschlag?	
Schlafen Sie oder Ihr Partner in Daunen- oder Federbetten?	
Spielen Sie ein Blasmusikinstrument? Wenn ja, welches: _____	

2.7 listen Sie bitte alle Arten beruflicher Tätigkeiten (inklusive Ausbildung, ehrenamtliche Tätigkeiten) auf, die sie jemals ausgeübt haben.

Von	Bis	Berufliche Tätigkeit	Arbeitsstoffe/Gefahrenstoffe
<i>Beispiel:</i> 1987	1990	<i>Schreinerlehre: Holzbearbeitung, lackieren</i>	<i>Holzstäube (Eiche, Fichte, Tanne), 2 Komponenten Lacke auf Ölbasis</i>

2.8 listen sie bitte alle Medikamente (inklusive homöopathische Medikamente, frei verkäufliche Mittel, pflanzliche Präparate, Phytopharma, Appetitzügler, Mittel zur Gewichtsreduktion, ayurvedische Mitteln usw.) auf, die sie eingenommen haben bzw. einnehmen (beginnend ab 5 Jahre vor Beschwerdebeginn).

2.11 wird oder wurde in ihrer Umgebung viel in geschlossenen Räumen geraucht?

Ja Nein

2.12 haben Sie jemals Drogen genommen (auch Cannabis):

Ja Nein

2.13 welche anderen bzw. Vorerkrankungen haben oder hatten Sie?

Frühgeburtlichkeit	
Lungenerkrankungen in der Kindheit:	
Diabetes	
Autoimmunerkrankung (Lupus erythematodes, Sklerodermie, Sjögren Syndrom, Morbus Wegener (GPA), Polymyositis, rheumatoide Arthritis, ...)	
Starke Infektanfälligkeit, immun Defekte	
Krebserkrankungen	
Chronisch entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)	
Schuppenflechte mit Gelenksbefall (Psoriasisarthritis)	
Heuschnupfen	
Erhöhter Blutdruck	
Herzschwäche (Herzinsuffizienz)	
Herzrhythmusstörungen (z. B. Vorhofflimmern, ...)	
Herzinfarkt und oder koronarer Herzerkrankung	
Schlaganfall	
Durchblutungsstörungen der Beine (Schaufensterkrankheit, pAVK)	
Lungenembolie/tiefe Beinvenenthrombose	
Pneumothorax (Lungenkollaps)	
Nierenschwäche/Nierenerkrankungen	
Leberentzündung/Leberzirrhose	
Refluxerkrankung (Gerd) bzw. Sodbrennen	
Chronische Infektionserkrankungen (Tbc, Hepatitis B, Hepatitis C, ..., HIV, ...)	
Schlafapnoe	
Nervenerkrankung (Epilepsie, Depression, ...)	
Weitere für sie wichtige:	

2.14 gibt es in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, eigene Kinder) folgende Erkrankungen?

Bitte ankreuzen

Lungenfibrose	
Exogen allergische Alveolitis (z. B. Vogelhalterlunge, Befeuchterlunge, ...)	
Sarkoidose	
Lungenkrebs	
Lungentuberkulose	

2.15 gab es in den letzten 3 Jahren besondere Auslandsreisen (Tropen, Nordamerika, Afrika, Asien, Australien)

Ja nein

Wenn ja, wohin: _____