



**Name:**

**Datum:**

Im Zuge der Digitalisierung benötigen wir für viele unserer Dienstleistungen für Sie (Terminerinnerungen, Online-Terminbuchung, Fragebögen, ...) Ihre Handy-Nummer und eine persönliche eMail-Adresse. Bitte geben Sie diese Daten hier an.

**Handy:**

**Email:**

**1. Ihre Beschwerden**

Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, was derzeit am besten auf Sie zutrifft. Kreuzen Sie (X) in jeder Zeile bitte nur eine Möglichkeit an.

Ich huste nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich huste ständig
Ich bin überhaupt nicht verschleimt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich bin völlig verschleimt
Ich spüre keinerlei Engegefühl in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich spüre ein starkes Engegefühl in der Brust
Wenn ich <b>bergauf oder eine Treppe</b> hinaufgehe, komme ich <b>nicht außer Atem</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ich <b>bergauf oder eine Treppe</b> hinaufgehe, komme ich <b>sehr außer Atem</b>
Ich bin bei meinen <b>häuslichen Aktivitäten nicht eingeschränkt</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich bin bei meinen <b>häuslichen Aktivitäten sehr stark eingeschränkt</b>
Ich habe <b>keine Bedenken</b> , trotz meiner Lungenerkrankung <b>mein Haus zu verlassen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich habe wegen meiner Lungenerkrankung <b>große Bedenken, das Haus zu verlassen</b>
Ich <b>schlafe tief und fest</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wegen meiner Lungenerkrankung <b>schlafe ich nicht tief und fest</b>
Ich bin <b>voller Energie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich habe <b>überhaupt keine Energie</b>

**2. Luftnot/Belastbarkeit**

Wann haben Sie Luftnot?

- Nur bei schwerer Anstrengung
- Bereits beim schnellen Gehen oder bei leichten Anstiegen
- Bereits beim Gehen in der Ebene im Tempo Gleichaltriger (ich bin langsamer)
- Bereits bei einer Gehstrecke von ca. 100 m
- Bereits beim Verlassen des Hauses (ich kann das Haus wegen Luftnot nicht verlassen)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>



---

### 3. Rauchen

Bitte geben Sie an, ob Sie rauchen; es ist egal, ob Zigarette, Zigarillo, Zigarre, Dampfen, ...

Regelmäßiges Rauchen (ab 1/Tag)

Nein

Ja

---

### 4. Ihre Beschwerden - Verlauf

Insgesamt gesehen, wie geht es Ihnen bezüglich Ihrer Lunge/Atemwege im Vergleich zum letzten Mal:

Symptome im Vergleich zum letzten Mal

Besser

Gleich

Schlechter

---

### 5. Bronchitis/Lungenentzündung

Haben Sie an Infekten der Atemwege gelitten, so dass Sie deswegen ein **Antibiotikum oder Kortison als Tablette** bekommen haben.

Seit der letzten Vorstellung

Nein

Ja

Wie oft? \_\_\_\_\_

In den letzten 12 Monaten

Nein

Ja

Wie oft? \_\_\_\_\_

---

### 6. Mussten Sie seit dem letzten Besuch in ein Krankenhaus aufgenommen werden?

Krankenhausaufnahme

Nein

Ja

---

### 7. Bitte teilen Sie uns hier mit, falls sich Ihre pneumologischen Medikamente bzw. die Dosierungen geändert haben.