



Name, Vorname: _____ Datum: _____

Seit Ihrem letzten Termin in unserer Praxis sind einige Monate vergangen. Mit der Beantwortung des Fragebogens helfen Sie uns, Ihr Befinden und der Verlauf der Erkrankung strukturiert zu erfassen.

1. Asthmabeschwerden - in den letzten 4 Wochen

1	Wie oft hat Ihr Asthma Sie in den letzten 4 Wochen daran gehindert, bei der Arbeit, in der Schule/im Studium oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst?	Immer <input type="checkbox"/> 1	Meistens <input type="checkbox"/> 2	Manchmal <input type="checkbox"/> 3	Selten <input type="checkbox"/> 4	Nie <input type="checkbox"/> 5	Punkte <input type="checkbox"/>
2	Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit gelitten?	Mehr als einmal am Tag <input type="checkbox"/> 1	Einmal am Tag <input type="checkbox"/> 2	3 bis 6 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> 3	Ein- oder zweimal pro Woche <input type="checkbox"/> 4	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
3	Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Asthmabeschwerden (pfeifendes Atemgeräusch, Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust) nachts wach geworden oder morgens früher als gewöhnlich aufgewacht?	4 oder mehr Nächte pro Woche <input type="checkbox"/> 1	2 oder 3 Nächte pro Woche <input type="checkbox"/> 2	Einmal pro Woche <input type="checkbox"/> 3	Ein- oder zweimal in den letzten 4 Wochen <input type="checkbox"/> 4	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
4	Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallmedikament zur Inhalation eingesetzt?	3 Mal am Tag oder öfter <input type="checkbox"/> 1	1 oder 2 Mal am Tag <input type="checkbox"/> 2	2 oder 3 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> 3	Einmal pro Woche oder weniger <input type="checkbox"/> 4	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
5	Wie gut hatten Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Asthma unter Kontrolle?	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> 1	Schlecht <input type="checkbox"/> 2	Einigermaßen <input type="checkbox"/> 3	Gut <input type="checkbox"/> 4	Völlig <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

2. Asthmabeschwerden

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

Symptome im Vergleich zum letzten Mal Besser Gleich Schlechter



3. Bronchitis/Lungenentzündung?

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

Seit der letzten Vorstellung Nein Ja Wie oft? _____

In den letzten 12 Monaten Nein Ja Wie oft? _____

4. Mussten Sie seit dem letzten Besuch in unserer Praxis aus irgendeinem Grund in ein Krankenhaus aufgenommen werden?

Krankenhausaufnahme Nein Ja

5. Hat sich in Ihrer Medikation etwas geändert? Dann teilen Sie es uns hier bitte mit.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe,

Ihr Team der PneumoPraxis-Marburg