



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. 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?													
	<table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Immer</td> <td>Meistens</td> <td>Manchmal</td> <td>Selten</td> <td>Nie</td> <td>Punkte</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie	Punkte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie	Punkte									
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>									
2	Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit gelitten?													
	<table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Mehr als einmal am Tag</td> <td>Einmal am Tag</td> <td>3 bis 6 Mal pro Woche</td> <td>Ein- oder zweimal pro Woche</td> <td>Überhaupt nicht</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Mehr als einmal am Tag	Einmal am Tag	3 bis 6 Mal pro Woche	Ein- oder zweimal pro Woche	Überhaupt nicht		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
Mehr als einmal am Tag	Einmal am Tag	3 bis 6 Mal pro Woche	Ein- oder zweimal pro Woche	Überhaupt nicht										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<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?													
	<table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>4 oder mehr Nächte pro Woche</td> <td>2 oder 3 Nächte pro Woche</td> <td>Einmal pro Woche</td> <td>Ein- oder zweimal in den letzten 4 Wochen</td> <td>Überhaupt nicht</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	4 oder mehr Nächte pro Woche	2 oder 3 Nächte pro Woche	Einmal pro Woche	Ein- oder zweimal in den letzten 4 Wochen	Überhaupt nicht		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
4 oder mehr Nächte pro Woche	2 oder 3 Nächte pro Woche	Einmal pro Woche	Ein- oder zweimal in den letzten 4 Wochen	Überhaupt nicht										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>									
4	Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallmedikament zur Inhalation eingesetzt?													
	<table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>3 Mal am Tag oder öfter</td> <td>1 oder 2 Mal am Tag</td> <td>2 oder 3 Mal pro Woche</td> <td>Einmal pro Woche oder weniger</td> <td>Überhaupt nicht</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	3 Mal am Tag oder öfter	1 oder 2 Mal am Tag	2 oder 3 Mal pro Woche	Einmal pro Woche oder weniger	Überhaupt nicht		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
3 Mal am Tag oder öfter	1 oder 2 Mal am Tag	2 oder 3 Mal pro Woche	Einmal pro Woche oder weniger	Überhaupt nicht										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>									
5	Wie gut hatten Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Asthma unter Kontrolle?													
	<table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Überhaupt nicht</td> <td>Schlecht</td> <td>Einigermaßen</td> <td>Gut</td> <td>Völlig</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Überhaupt nicht	Schlecht	Einigermaßen	Gut	Völlig		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
Überhaupt nicht	Schlecht	Einigermaßen	Gut	Völlig										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>									

2. Asthmabeschwerden

Insgesamt gesehen, wie geht es Ihnen bezüglich Ihrer Lunge und Ihren Atemwegen im Vergleich zum letzten Mal:

Symptome im Vergleich zum letzten Mal Besser Gleich Schlechter



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. Bronchitis/Lungenentzündung?

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

Seit der letzten Vorstellung

Nein

Ja

Wie oft? _____

In den letzten 12 Monaten

Nein

Ja

Wie oft? _____

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

Krankenhausaufnahme

Nein

Ja

6. Zusatzleistung FeNO

Mit der Messung des FeNO in den Atemwegen können wir bestimmen, wie stark die Entzündung in den Atemwegen ist. Damit können wir die Therapie besser steuern und ganz präzise bestimmen, ob die Dosis des inhalierten Kortisons genau richtig ist. Die Messung dauert nur wenige Minuten. Leider wird sie von den gesetzlichen Kassen nicht übernommen. Sie kostet 30,- €.

Ich möchte die Messung gerne haben

Nein

Ja

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