

Datum: _____

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

SVNR: _____

Telefonnummer: _____

Emailadresse: _____

Adresse: _____

Lungenfachärzt*in inklusive Postleitzahl: _____

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

In welchem Stadium ist bei Ihnen COPD diagnostiziert?

COPD Gold I

COPD Gold II

COPD Gold III

COPD Gold IV

Rauchen Sie aktuell noch?

Nein: Wann haben Sie aufgehört zu Rauchen? _____

Wie viele Jahre haben Sie insgesamt geraucht? _____

Wie viele Zigaretten haben Sie im Durchschnitt pro Tag geraucht? _____

Ja: Wie viele Zigaretten rauchen Sie aktuell pro Tag _____

Benötigen Sie derzeit Sauerstoff? Nein Ja: wie viele Liter in Ruhe / Belastung / nachts:

_____ L in Ruhe, _____ L bei Belastung, _____ L nachts

Benötigen Sie nachts eine nicht invasive Beatmung („NIV“)/Heimbeatmung? Nein Ja

Waren Sie schon einmal auf Lungenrehabilitation? (keine Kur) Nein Ja

Wenn ja, wann (Jahr) und Wo zuletzt? _____

Wie oft in den letzten 12 Monaten haben Sie wegen Ihrer Lunge (z.B. wegen Atemnot, Exazerbation, Infekt) Antibiotika oder Kortison Tabletten (z.B. Aprednislon 25mg, Prednislon 25mg) genommen? Wie oft waren Sie stationär wegen einem Problem mit Ihrer Lunge?

Datum	Krankenhausaufenthalt	Ursache
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja welches Krankenhaus: _____	Ursache: _____ <input type="checkbox"/> Kortisoneinnahme <input type="checkbox"/> Antibiotikaeinnahme
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja welches Krankenhaus: _____	Ursache: _____ <input type="checkbox"/> Kortisoneinnahme <input type="checkbox"/> Antibiotikaeinnahme
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja welches Krankenhaus: _____	Ursache: _____ <input type="checkbox"/> Kortisoneinnahme <input type="checkbox"/> Antibiotikaeinnahme
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja welches Krankenhaus: _____	Ursache: _____ <input type="checkbox"/> Kortisoneinnahme <input type="checkbox"/> Antibiotikaeinnahme

Bestehen bei Ihnen folgende Vorerkrankungen?

- Allergien: Nickel Latex Medikamente: _____
 Sonstiges: _____
- Asthma
- Operationen an der Lunge (Wenn ja, wann und welche Operation):

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen:
 Bluthochdruck Herzinfarkt Koronare Herzkrankheit Vorhofflimmern
 Sonstiges: _____
- Magenprobleme: Gastritis (Magenschleimhautentzündung) Reflux (saures Aufstoßen)
 Operationen im Magen/Darmbereich Völlegefühl / Schmerzen
 Sonstiges: _____
- Diabetes (wenn ja: letzter gemessener HbA1C inkl. Einheit und Datum): _____
- periphere arterielle Verschlusskrankheit (behandlungsbedürftige Arterienverkalkung)

Sonstige Vorerkrankungen und Operationen:

Datum / Jahreszahl	Vorerkrankung / Operation

Sind Sie Pneumokokken geimpft? Nein Ja: _____ (Datum)

Sind Sie Grippe geimpft? Nein Ja: _____ (Datum)

Bitte schätzen Sie Ihren Husten und Auswurf ein:

Ich habe mehr als 1 Esslöffel pro Tag Auswurf: Nein Ja, seit: _____

Ich habe chronischen Husten: Nein Ja, seit: _____

	An den meisten Tagen der Woche	An mehreren Tagen der Woche	An mehreren Tagen der Woche	Nur bei Infektionen der Atemwege	Gar nicht
Während der letzten 4 Wochen habe ich gehustet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Während der letzten 4 Wochen habe ich Schleim (Auswurf) ausgehustet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihr Name:

Heutiges Datum:

Wie geht es Ihnen mit Ihrer COPD? Füllen Sie den COPD Assessment Test™ (CAT) aus!

Dieser Fragebogen wird Ihnen und Ihrem Arzt helfen, die Auswirkungen der COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) auf Ihr Wohlbefinden und Ihr tägliches Leben festzustellen. Ihre Antworten und das Test-Ergebnis können von Ihnen und Ihrem Arzt dazu verwendet werden, die Behandlung Ihrer COPD zu verbessern, damit Sie bestmöglich davon profitieren.

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.

Beispiel: Ich bin sehr glücklich 0 1 2 3 4 5 Ich bin sehr traurig

			PUNKTE					
Ich huste nie	0	1	2	3	4	5	Ich huste ständig	
Ich bin überhaupt nicht verschleimt	0	1	2	3	4	5	Ich bin völlig verschleimt	
Ich spüre keinerlei Engegefühl in der Brust	0	1	2	3	4	5	Ich spüre ein sehr starkes Engegefühl in der Brust	
Wenn ich bergauf oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich nicht außer Atem	0	1	2	3	4	5	Wenn ich bergauf oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich sehr außer Atem	
Ich bin bei meinen häuslichen Aktivitäten nicht eingeschränkt	0	1	2	3	4	5	Ich bin bei meinen häuslichen Aktivitäten sehr stark eingeschränkt	
Ich habe keine Bedenken, trotz meiner Lungenerkrankung das Haus zu verlassen	0	1	2	3	4	5	Ich habe wegen meiner Lungenerkrankung große Bedenken, das Haus zu verlassen	
Ich schlafe tief und fest	0	1	2	3	4	5	Wegen meiner Lungenerkrankung schlafe ich nicht tief und fest	
Ich bin voller Energie	0	1	2	3	4	5	Ich habe überhaupt keine Energie	
SUMME								