

Asthma-Kontrolle – Anamnesebogen

Name _____ Geburtsdatum _____

1	Wie oft hat Ihr <u>Asthma</u> Sie in den <u>letzten 4 Wochen</u> daran gehindert, bei der Arbeit, in der Schule/im Studium oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst?	Punkte:
	<input type="radio"/> Immer <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> Meistens <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Manchmal <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> Selten <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> 5	

2	Wie oft haben Sie in den <u>letzten 4 Wochen</u> unter Kurzatmigkeit gelitten?	Punkte:
	<input type="radio"/> Mehr als einmal am Tag <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> Einmal am Tag <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 bis 6 Mal pro Woche <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> Ein- oder zweimal pro Woche <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> Überhaupt nicht <input type="radio"/> 5	

3	Wie oft sind Sie in den <u>letzten 4 Wochen</u> wegen Ihrer <u>Asthmabeschwerden</u> (pfeifendes Atemgeräusch, Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust) nachts wach geworden oder morgens früher als gewöhnlich aufgewacht?	Punkte:
	<input type="radio"/> 4 oder mehr Nächte pro Woche <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 oder 3 Nächte pro Woche <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Einmal pro Woche <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> Ein- oder zweimal <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> Überhaupt nicht <input type="radio"/> 5	

4	Wie oft haben Sie in den <u>letzten 4 Wochen</u> Ihr Notfallmedikament zur Inhalation (Spray, Vernebler, wie z.B. Salbutamol) eingesetzt?	Punkte:
	<input type="radio"/> 3 Mal oder öfter am Tag <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 1 oder 2 Mal am Tag <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 2 oder 3 Mal pro Woche <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> Einmal pro Woche oder weniger <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> Überhaupt nicht <input type="radio"/> 5	

5	Wie gut hatten Sie in den <u>letzten 4 Wochen</u> Ihr <u>Asthma</u> unter Kontrolle?	Punkte:
	<input type="radio"/> Überhaupt nicht <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> Schlecht <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Etwas <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> Gut <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> Völlig <input type="radio"/> 5	

Name:	Datum:	Summe:	
-------	--------	--------	--

DIE AT ≈ MPRAXIS

pneumologie · innere medizin · allergologie · schlafmedizin

- Ja Nein Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? ____ Zigaretten pro Tag, seit ____ Jahren
- Ja Nein Haben Sie einmal geraucht? Wenn ja, bis wann? _____
- Ja Nein Andere Tabak- oder Nikotinprodukte _____

- Ja Nein Haben Sie weitere Erkrankungen? Wenn ja, welche?
(zB. Haut / HNO / Herz / Magen-Darm / Gefäße / Blut/ Skelett / Tumor / Diabetes...)
- Ja Nein Schnarchen Sie?
- Ja Nein Sind Sie tagsüber müde?
- Ja Nein Hat Ihr Partner/ihre Partnerin Atempausen bei Ihnen bemerkt?

Welchen Beruf üben Sie aus oder haben Sie ausgeübt? _____

- Ja Nein Hatten Sie Umgang mit gesundheitsgefährdenden Stoffen
(Asbest/Quarzstaub/Gase)?

Haben Sie folgende Impfungen erhalten/aufgefrischt?

			Wann zuletzt? /Datum
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Keuchhusten	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Influenza	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Pneumokokken	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Corona (COVID 19)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	RSV	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Gürtelrose/Herpes zoster	

Welche Medikamente für ihr Asthma/Lungenerkrankung nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf ein?

.....

.....

- Ja Nein Kommen Sie mit Ihren Inhalatoren zurecht?
- Ja Nein Wie oft benötigen Sie einen Notfallspray?

Wichtige Informationen

Bitte bringen Sie zu jeder Konsultation Ihre Atemwegsmedikamente mit – wir kontrollieren die Einnahme!

Datum _____

Unterschrift _____