

## COPD-Kontrolle – Anamnesebogen

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Wie häufig haben Sie Atemnot? \_\_\_\_\_ pro Tag \_\_\_\_\_ pro Woche \_\_\_\_\_ pro Monat

Wie stark ist Ihre Atemnot?

- Ich habe Atemnot bei starker Anstrengung.
- Ich habe Atemnot bei schnellem Gehen zu ebener Erde und bei kleinen Erhebungen.
- Ich habe Luftnot beim Laufen in der Ebene, laufe langsamer als meine Altersgenossen.
- Ich muss wegen Luftnot nach ca. 100 m stehenbleiben.
- Ich bin zu kurzatmig, um das Haus zu verlassen.

Dieser Fragebogen (CAT) ist sehr gut geeignet, die Behandlungsqualität der COPD zu erfassen. 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.

	Bewertung						Punkte
	0	1	2	3	4	5	
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
							<b>Summe:</b>

# 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

- Ja    Nein   Keuchhusten
- Ja    Nein   Influenza
- Ja    Nein   Pneumokokken
- Ja    Nein   Corona (COVID 19)
- Ja    Nein   RSV
- Ja    Nein   Gürtelrose/Herpes zoster

Haben Sie ärztliche Kontrollen/Befunde zu folgenden Erkrankungen

- Ja    Nein   Herz – kardiologische Untersuchung, Herzkatheter, Schrittmacher
- Ja    Nein   Schlaflabor
- Ja    Nein   Osteoporose
- Ja    Nein   Diabetes
- Ja    Nein   Depressionen, Schlafstörungen

Welche Medikamente für ihre COPD/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 \_\_\_\_\_