

Name:		Tel:		Datum:	
Bitte tragen Sie in die folgende Tabelle die Medikamente ein, die Sie zur Zeit einnehmen. Vergessen Sie bitte auch die Medikamente nicht, die Sie inhalieren.					
Medikament	morgens	mittags	abends	nachts	manchmal
Nehmen Sie bereits am DMP (Disease-Management-Programm) Asthma oder COPD teil? O ja O nein					
Größe	Gewicht	Zigaretten/Tag	Letztes Röntgen (Lunge):		
Schwanger? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Allergien?		Tiere zuhause?		
Beruf:					
Welche Beschwerden führen Sie in unsere Praxis?					

Wenn Sie unter dauerhafter Atemnot leiden, markieren Sie bitte mit einem X die Intensität Ihrer Beschwerden:

In Ruhe: _____

Unter Belastung: _____
Keine sehr milde milde mäßig recht schwer schwer sehr schwer maximale Atemnot

Falls Sie an unklaren Atembeschwerden oder einem schon bekannten Asthma leiden, füllen Sie bitte folgende Fragen zur Intensität der Erkrankung aus, bei schon bekannter COPD beachten Sie bitte die Rückseite!

Wie oft hat Ihre Atemnot Sie in den letzten Wochen gehindert, bei der Arbeit oder zu Hause soviel zu erledigen wie sonst?					Punkte
Immer 1 Punkt	meistens 2 Punkte	manchmal 3 Punkte	selten 4 Punkte	nie 5 Punkte	
Wie oft haben Sie in den letzten Wochen unter Kurzatmigkeit gelitten?					
Mehr als einmal/Tag 1 Punkt	Einmal/Tag 2 Punkte	3-6 mal/Woche 3 Punkte	1-2 mal/Woche 4 Punkte	nie 5 Punkte	
Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Atemnotsbeschwerden nachts wach geworden oder zu früh erwacht?					
4 oder mehr Nächte 1 Punkt	2 oder 3 Nächte 2 Punkte	1 mal/Woche 3 Punkte	1-2 x /4 Wochen 4 Punkte	nie 5 Punkte	
Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihre Notfall-Medikamente zur Inhalation eingesetzt?					
3x/Tag oder öfter 1 Punkt	1-2x/Tag 2 Punkte	2-3x/Woche 3 Punkte	1x/Woche 4 Punkte	nie 5 Punkte	
Wie gut hatten Sie in den letzten 4 Wochen Ihre Atembeschwerden unter Kontrolle?					
Überhaupt nicht 1 Punkt	schlecht 2 Punkte	einigermaßen 3 Punkte	gut 4 Punkte	völlig 5 Punkte	
25 P: Atemnot ist sehr gut unter Kontrolle 20-24 P: verbesserungsbedürftig <20 P: dringend Handlungsbedarf					Gesamtpunktzahl

Wenn bei Ihnen schon bekannt ist, dass Sie unter COPD (chronische Bronchitis mit Atemwegsverengung) leiden, füllen Sie bitte diesen Test aus:

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

COPD Assessment Test und CAT Logo ist eine Marke der GlaxoSmithKline-Unternehmensgruppe. © 2009 GlaxoSmithKline. Alle Rechte vorbehalten.