



Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon-Nr.: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Beruf: _____ Haustiere?: _____

Letztes Röntgen/CT-Aufnahme der Lunge: ja /wann und wo: _____ nein

Besteht eine Schwangerschaft: ja, in SSW: _____ nein

Rauchen Sie aktuell? Ja, Zigaretten/Tag: _____ seit wie viel Jahren? _____ noch nie geraucht

Oder haben Sie früher geraucht? ja, von _____ bis _____, ca. _____ Zigaretten pro Tag, über _____ Jahre
 Sonstiges: E-Zigarette Shisha Pfeife nein

Haben Sie Allergien? ja (wenn ja, bitte Allergien angeben) nein

Welche Allergien sind bekannt? _____

Wann haben Sie allergische Beschwerden, bitte ankreuzen?

Beschwerden	Jan	Feb	Mär	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez
Juckende oder tränende Augen												
Verstopfte NNH												
Viel Nasensekret												
Vermehrter Niesreiz												
Husten												
Atembeschwerden												

Sonstiges: _____

Covid19-Infekt gehabt? ja nein Wann: _____

Sind Sie gegen Covid19 geimpft? ja nein Letzte Impfung am: _____

Haben Sie Sodbrennen? ja nein gelegentlich

Schnarchen Sie? ja nein gelegentlich Tagesmüdigkeit

Haben Sie Vorerkrankungen? _____

Nehmen Sie bereits am DMP (Disease Management-Programm) Asthma oder COPD teil? ja nein

Haben Sie Befunde dabei? Bitte geben Sie diese an der Anmeldung ab.

Führen Sie einen Medikamentenplan mit sich? Dann geben Sie Ihren Plan bitte an der Anmeldung ab.

Ansonsten tragen Sie hier bitte alle Medikamente ein, auch die, die Sie inhalieren.

Medikamente	morgens	mittags	abends	manchmal



Bei bekanntem Asthma bronchiale ACT-Wert bitte ausfüllen

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 Atemnotbeschwerden nachts wach geworden oder zu früh erwacht?					
4 oder mehr Nächte 1 Punkt	2 oder 3 Nächte 2 Punkte	1 mal/Woche 3 Punkte	1-2x/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	
Gesamtpunktzahl					

Bei bekannter COPD (chronisch obstruktiver Bronchitis) bitte CAT-Wert ausfüllen

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 gehe oder 1 Treppenabsatz hinaufgehe, komme ich nicht außer Atem	0 1 2 3 4 5	Wenn ich bergauf gehe oder 1 Treppenabsatz 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	
Gesamtpunktzahl			