

Wiener Gesundheitsverbund  
Klinik Floridsdorf Abteilung für Innere Medizin und Pneumologie  
Vorstand: Prim. Priv.-Doz. Dr. Arschang Valipour  
1210 Wien, Brünner Straße 68  
Tel: +43 1 277 00-2208  
Fax: +43 1 277 00-992208  
kfl.pulmo@gesundheitsverbund.at

## Anamnesebogen Erstvorstellung schweres Asthma

Datum: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ SVNR: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Lungenfachärzt\*in inklusive Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich /  z. Zt. schwanger /  z. Zt. stillend

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg

### Jahr der Erstdiagnose des Asthmas

- Jahr: \_\_\_\_\_
- Genaues Jahr nicht bekannt
  - vor dem 12. Lebensjahr
  - nach dem 12. Lebensjahr

### Asthma bei Verwandten 1. Grades (Mutter, Vater, Geschwister, Kinder):

- ja
  - bei der Mutter
  - bei dem Vater
  - bei einem Geschwister
  - bei einem eigenem Kind
- nein
- unbekannt

**Anzahl geplanter Arztkontakte** in den letzten 12 Monaten wegen Asthma bei Ärzten außerhalb unserer Spezialambulanz:

- 0
- 1-3
- >3



**Raucherstatus:**

- Lebenslanger Nieraucher\*in
- Aktueller Raucher\*in  
\_\_\_ Zigaretten / Tag  
\_\_\_ Jahre rauchend
- Ex-Raucher\*in  
\_\_\_ Zigaretten / Tag  
\_\_\_ Jahre geraucht

**Passivrauch**

Waren Sie regelmäßig gegenüber  
Passivrauch exponiert?

- Ja
- Nein
- In der Schwangerschaft

**Impfstatus Pneumokokken (Lungenentzündung):**

- Regelrecht
  - mit Konjugatimpfstoff im Zuge der Grundimmunisierung (z.B. PREVENAR 13®)
  - mit Polysaccharid-Impfstoff nach dem 2. Lebensjahr (z.B. PNEUMO 23®)
- Nicht regelrecht
- Nicht durchgeführt
- Unbekannt

**Impfstatus Grippe (Influenza):**

- Impfung vor der letzten Saison
- Nicht durchgeführt
- Unbekannt

**Impfstatus Corona (SARS-CoV19):**

- Regelrecht
- Nicht durchgeführt
- Unbekannt

**Haustiere**

Haben Sie Haustiere?

- Ja
  - Katzen
  - Hunde
  - Vögel
  - Andere: \_\_\_\_\_
- Nein

**Beruf**

Spielt/spielte Ihr Beruf eine Rolle in der Entstehung des Asthmas?

- Ja  
falls ja, welchen Beruf üben/übten Sie aus? \_\_\_\_\_

- Nein
- Unbekannt
- Nicht zutreffend (z.B. bei Kindern)

### **Arbeitsunfähigkeit / Kinder: Schulunfähigkeit**

Sind Sie aufgrund des Asthmas aktuell arbeitsunfähig / schulunfähig?

Ja

Arbeitsfehltag / Schulfehltag (geschätzt) in den letzten 12 Monaten:

- < 50 Tage
- 50–100 Tage
- > 100 Tage

Nein

Unbekannt

### **Berentung**

Sind Sie aufgrund Ihres Asthmas berentet?

Ja

Nein

Unbekannt

Nicht zutreffend

## **Aktuelle Symptomatik**

### **Symptome allgemein**

Unter welchen Symptomen leiden Sie aktuell?

Atemnot bei Belastung/Anstrengung

Atemnot in Ruhe

Brustenge, Brustschmerzen

Husten

Trocken / Reizhusten

Produktiv / mit Auswurf

Giemen, Pfeifen, Brummen

Verlängertes / erschwertes Ausatmen

Eingeschränkte körperliche Belastbarkeit

Keine

### **Symptome einer Atemwegs-Überempfindlichkeit**

Leiden Sie aktuell unter anfallsartigen Symptomen einer Atemwegs-Überempfindlichkeit (wie z.B. Husten, Atemnot) auf typische Atemwegsreize (Kälte, Anstrengung, Allergene)?

Ja

Nein

### **Hatten Sie folgende Asthma-Symptome in den letzten 4 Wochen:**

Tagsüber Asthma-Symptome mehr als 2x/Woche?

Ja

Nein

Unbekannt



Nächtliches Aufwachen wegen Asthma?

- Ja
- Nein
- Unbekannt

Verwendung der Bedarfsmedikation („Notfalls-Spray“) mehr als 2x/Woche?

- Ja
- Nein
- Unbekannt

Leistungseinschränkungen wegen Asthma?

- Ja
- Nein
- Unbekannt

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen aus:

## ACT™ – Fragebogen zur Asthmakontrolle für Jugendliche ab 12 Jahren und Erwachsene

Dieser Test kann Menschen mit Asthma (12 Jahre oder älter) dabei helfen, einzuschätzen, wie gut sie ihr Asthma unter Kontrolle haben.

Kreuzen Sie bitte bei jeder Frage die entsprechende Antwort an. Es gibt insgesamt 5 Fragen.

**1. Schritt:** Kreuzen Sie bei jeder Frage die auf Sie zutreffende Antwort an und tragen Sie die Punktezahl in das Kästchen rechts ein.

Antworten Sie bitte so ehrlich wie möglich. Das hilft Ihnen und Ihrem Arzt, über Ihr Asthma zu sprechen und herauszufinden, wie stark Ihr Asthma tatsächlich ist.

**2. Schritt:** Zählen Sie Ihre Punkte zusammen, um einen Gesamtwert zu erhalten.

**3. Schritt:** Weiter unten erfahren Sie, was Ihre Punktezahl bedeutet.

**1.** Wie lange hat Ihr Asthma Sie in den letzten 4 Wochen daran gehindert, bei der Arbeit, in der Schule/im Studium oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst ?

Die ganze Zeit	1	Die meiste Zeit	2	Einen Teil der Zeit	3	Einen kleinen Teil der Zeit	4	Nie	5
----------------	---	-----------------	---	---------------------	---	-----------------------------	---	-----	---

**2.** Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit/Atemnot gelitten ?

Mehr als einmal am Tag	1	Einmal am Tag	2	3 bis 6 Mal pro Woche	3	1 oder 2 Mal pro Woche	4	Überhaupt nicht	5
------------------------	---	---------------	---	-----------------------	---	------------------------	---	-----------------	---

**3.** Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Asthmaprobleme (Pfeifen, Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust) nachts wach geworden oder morgens früher als gewöhnlich aufgewacht ?

4 oder mehr Nächte pro Wo.	1	2 oder 3 Nächte pro Woche	2	Einmal pro Woche	3	Ein oder zweimal	4	Überhaupt nicht	5
----------------------------	---	---------------------------	---	------------------	---	------------------	---	-----------------	---

**4.** Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallmedikament zur Inhalation (Dosieraerosol, Trockeninhalation) eingesetzt ?

3 Mal oder öfter am Tag	1	1 oder 2 Mal am Tag	2	2 oder 3 Mal pro Woche	3	Einmal pro Wo. oder seltener	4	Überhaupt nicht	5
-------------------------	---	---------------------	---	------------------------	---	------------------------------	---	-----------------	---

**5.** Wie bewerten Sie Ihre Asthmakontrolle in den letzten 4 Wochen ?

Überhaupt nicht	1	Schlecht	2	Einigermaßen	3	Gut	4	Völlig	5
-----------------	---	----------	---	--------------	---	-----	---	--------	---

Summe

German / Austria, Copyright 2006, by GlaxoSmithKline Pharma GmbH.

### Ermitteln Sie Ihren Asthma-Wert

#### 25 Punkte – Herzlichen Glückwunsch !

Sie hatten Ihr Asthma in den letzten 4 Wochen **vollständig unter Kontrolle**. Sie hatten keine Beschwerden und waren in keiner Weise durch Ihr Asthma eingeschränkt. Sprechen Sie regelmäßig mit Ihrem Arzt um die bestmögliche Kontrolle zu halten.

#### 20 bis 24 Punkte – Im Zielbereich

Sie hatten Ihr Asthma in den letzten 4 Wochen wahrscheinlich **gut unter Kontrolle**, aber **nicht vollständig**. Ihr Arzt kann Ihnen dabei helfen, eine möglichst **vollständige Kontrolle** zu erreichen.

#### Weniger als 20 Punkte – Außerhalb des Zielbereichs

Sie hatten Ihr Asthma in den letzten 4 Wochen wahrscheinlich **nicht unter Kontrolle**. Ihr Arzt kann Ihnen Maßnahmen empfehlen, die Ihnen helfen, Ihr Asthma besser unter Kontrolle zu bekommen.



**Exazerbationen (Episoden mit akuter Verschlechterungen Ihres Asthma)**

- Nie
- ≤1x/Jahr
- >1x/Jahr, aber <1x/Monat
- ≥1x/Monat
- Unbekannt Falls

Exazerbationen:

Geben Sie die Anzahl der Exazerbationen in den letzten 12 Monaten an: \_\_\_\_\_

**Jemals** ärztliche Notfallbehandlung erforderlich gewesen

- Ja
- Nein
- Unbekannt

**in den letzten 12 Monaten** ärztliche Notfallbehandlung erforderlich gewesen

- Ja
- Nein
- Unbekannt

**Jemals** stationärer Aufenthalt erforderlich gewesen

- Ja
- Nein
- Unbekannt

**in den letzten 12 Monaten** stationärer Aufenthalt erforderlich gewesen

- Ja
- Nein
- Unbekannt

**Jemals** intensivpflichtig gewesen, inkl. Sauerstoffgabe

- Ja
- Nein
- Unbekannt

**in den letzten 12 Monaten** intensivpflichtig gewesen, inkl. Sauerstoffgabe

- Ja
- Nein
- Unbekannt

**Jemals** aufgrund des Asthmas intubiert worden

- Ja
- Nein
- Unbekannt

**in den letzten 12 Monaten** aufgrund des Asthmas intubiert worden

- Ja
- Nein
- Unbekannt

## Medikation – Therapie

**Welche Medikamente nehmen Sie aktuell für Ihr Asthma ein:**

*Medikamente zum Inhalieren:*

Dauertherapie:

---

Bedarfsmedikation / Notfalls-Medikation:

---

*Medikamente zum Schlucken:*

---

Antihistaminika:

---

**Haben Sie schon jemals folgende Medikamente / Therapien erhalten?**

- Cortison zum Schlucken (z.B. Prednisolon)
  - Dauertherapie (täglich): \_\_\_\_\_ mg, Wann? \_\_\_\_\_
  - Stoss-Therapie – wie oft in den letzten 12 Monaten \_\_\_\_\_
- Biologika
  - Omalizumab (XOLAIR®)
  - Mepolizumab (NUCALA®)
  - Reslizumab (CINQAERO®)
  - Benralizumab (FASENRA®)
  - Duplimumab (DUPIXENT®)
  - Tezepelumab (TEZSPIRE®)
- Spezifische Immuntherapie / Hyposensibilisierung
  - Subkutan (unter die Haut gespritzt)
  - Sublingual (als Tropfen oder Schmelztabletten unter die Zunge)
  - Tablette zum Schlucken (z.B. bei Nahrungsmittelallergien)
  - Wie lange haben Sie die Therapie durchgeführt:    Monate
  - Haben sie angesprochen ?
    - ja     nein     noch nicht beurteilbar
- Immunsuppressiva
  - Methotrexat (Ebetrexat®, Methotrexat®)
  - Cyclophosphamid (Endoxan®)
  - Azathioprin (Imurek®, Immunoprin®)
  - Ciclosporin (Neoimmun®, Sandimmun®)



- Sonstige
  - Roflumilast (DAXAS®)
  - ASS-Desaktivierung
  - Makrolide (KLACID®, ZITHORMAX®, RULIDE®)
  - Protonenpumpeninhibitoren (Magenschutz, z.B. PANTOLOC®)
  - Sonstige: \_\_\_\_\_

### Betablocker

Nehmen Sie aktuell Betablocker (für Herz-Kreislauf-Erkrankungen)?

- Ja
- Nein

### Steroidinduzierte Nebenwirkungen

Haben Sie Cortison-Nebenwirkungen und wenn ja, welche?

- Keine
- Osteoporose
- Hautveränderungen
- Diabetes mellitus / Blutzucker-Erkrankung
- Katarakt
- Sonstiges:

### Benötigen Sie derzeit Sauerstoff (LTOT)?

Wurde **jemals** eine Rehabilitation bei Ihnen durchgeführt?

- Ja
  - In Ruhe:\_\_\_\_\_ Stufe oder L/min
  - Bei Belastung:\_\_\_\_\_ Stufe oder L/min
  - nachts:\_\_\_\_\_ Stufe oder L/min
- Nein
- Unbekannt

### Benötigen Sie derzeit eine nicht invasive Beatmung („NIV“/Heimbeatmung)?

Wurde **jemals** eine Rehabilitation bei Ihnen durchgeführt?

- Ja
- Nein
- Unbekannt

### Rehabilitation

Wurde **jemals** eine Rehabilitation bei Ihnen durchgeführt?

- Ja
- Wie oft:
- Nein
- Unbekannt





Wurde in den **letzten 12 Monaten** eine Rehabilitation durchgeführt?

- Ja
- Wie oft:
- Nein
- Unbekannt

Haben Sie **jemals** an einer strukturierten Asthmaschulung teilgenommen?

- Ja
- Nein
- Unbekannt

Haben Sie **jemals** eine Inhalationsschulung erhalten?

- Ja
- Nein
- Unbekannt

## Allergien

### Allergische Komorbiditäten

Bestehen bei Ihnen allergische Begleiterkrankungen?

- Ja
  - Allergische Rhinitis / Rhinokonjunktivitis
  - Nahrungsmittelallergie
  - Atopisches Ekzem
  - Sonstige:
- Nein
- Unbekannt

### Haut-Allergietest

Wurde **jemals** bei Ihnen ein Haut-Allergietest (Prick-Test oder Intrakutan-Test) durchgeführt?

- Ja
  - Negativ
  - Saisonale Sensibilisierung
    - Baumpollen
    - Gräserpollen
    - Andere Pflanzenpollen
  - Perenniale Sensibilisierung
    - Tierhaare
    - Schimmelpilze
    - Hausstaubmilben
    - Sonstige:
  - Nahrungsmittel
- Nein
- Unbekannt

### Gesamt-IgE im Serum

Wurde bei Ihnen jemals das Gesamt-IgE im Serum bestimmt?

- Ja
- Nein
- unbekannt

### Spezifische IgE-Antikörper im Serum

Wurden bei Ihnen **jemals** spezifische IgE-Antikörper im Serum bestimmt?

- Ja
  - Negativ
  - Saisonale Sensibilisierung
    - Baumpollen
    - Gräserpollen
    - Andere Pflanzenpollen
  - Perenniale Sensibilisierung
    - Tierhaare
    - Schimmelpilze
    - Hausstaubmilben
    - Sonstige:
  - Nahrungsmittel
- Nein
- Unbekannt

## Begleiterkrankungen (Bitte soweit Ihnen möglich ausfüllen)

### Chronische Sinusitis

- Vorhanden  
jemals an den Nasennebenhöhlen operiert worden?
  - Ja
  - Nein
- Nein
- Unbekannt

### ASS-Unverträglichkeit

- Vorhanden
- Nein
- Unbekannt

### Gehäufte Infektionen der unteren Atemwege (>2x/Jahr)

- Vorhanden
- Unbekannt

### COPD

- Vorhanden
- Nein
- Unbekannt



**Alpha-1-Antitrypsin-Mangel**

- Vorhanden  
Typ:-----
- Nein
- Unbekannt

**Churg-Strauß-Syndrom (EGPA)**

- Vorhanden
- Nein
- Unbekannt

**Hypereosinophiles Syndrom (HES)**

- Vorhanden
- Nein
- Unbekannt

**Gastroösophagealer Reflux (GERD)**

- Vorhanden
- Nein
- Unbekannt

**Vocal cord dysfunction (VCD)**

- Vorhanden
- Nein
- Unbekannt

**Atemwegsstenose**

- Vorhanden
- Nein
- Unbekannt

**Zystische Fibrose (CF)**

- Vorhanden
- Nein
- Unbekannt

**Allergisch bronchopulmonale Aspergillose (ABPA)**

- Vorhanden
- Nein
- Unbekannt

**Rezidivierende Lungenembolien**

- Vorhanden
- Nein
- Unbekannt

### **Eosinophile Pneumonie**

- Vorhanden
- Nein
- Unbekannt

### **Bronchiektasen unklarer Ursache**

- Vorhanden
- Nein
- Unbekannt

### **Bronchiolitis obliterans**

- Vorhanden
- Nein
- Unbekannt

### **Depression**

- Vorhanden
- Nein
- Unbekannt

### **Hyperventilationssyndrom und Panikattacken**

- Vorhanden
- Nein
- Unbekannt

### **Immundefekte**

- Vorhanden
- Nein
- Unbekannt

### **Primäre Ziliendyskinesie**

- Vorhanden
- Nein
- Unbekannt

### **Atelektasen**

- Vorhanden
- Nein
- Unbekannt

### **Pulmonale Hypertonie (PH)**

- Vorhanden
- Nein
- Unbekannt



**Arterielle Hypertonie**

- Vorhanden
- Nein
- Unbekannt

**Koronare Herzerkrankung oder Herzinfarkt**

- Vorhanden
- Nein
- Unbekannt

**Andere kardiovaskuläre Erkrankungen oder Anomalien**

- Vorhanden
- Nein
- Unbekannt

**Diabetes mellitus**

- Vorhanden  
Typ: \_\_\_\_\_
- Nein
- Unbekannt

**Periphere arterielle Verschlusskrankung (pAVK)**

- Vorhanden
- Nein
- Unbekannt

**Neuromuskuläre Erkrankungen**

- Vorhanden
- Nein
- Unbekannt

**Operationen an der Lunge**

- Vorhanden
- Nein
- Unbekannt

**Andere Operationen**

- Vorhanden
- Nein
- Unbekannt**