Wiener Gesundheitsverbund
Klinik Floridsdorf

Für die Stadt Wien

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 Neuvorstellungen COPD-Therapie

Datum: _____

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ SVNR: _____

Telefonnummer: _____ Email: _____

Adresse: _____

Lungenfachärzt*in inklusive Postleitzahl: _____

Größe: _____cm Gewicht _____kg

In welchem Stadium ist bei Ihnen COPD diagnostiziert?

☐ COPD Gold I ☐ COPD Gold II ☐ COPD Gold III ☐ COPD Gold IV

Rauchen Sie aktuell noch?

☐ Nein: Wann haben Sie aufgehört zu Rauchen? _____

Wie viele Jahre haben Sie insgesamt geraucht? _____

Wie viele Zigaretten haben Sie im Durchschnitt pro Tag geraucht? _____

☐ Ja: Wie viele Zigaretten rauchen Sie aktuell pro Tag _____

Benötigen Sie derzeit Sauerstoff?

☐ Nein ☐ Ja: wie viele Liter in Ruhe / Belastung / nachts:

_____ L in Ruhe ____ L bei Belastung _____ L nachts

Benötigen Sie nachts eine nicht invasive Beatmung („NIV")/Heimbeatmung?

☐ Nein ☐ Ja

Waren Sie schon einmal auf Lungenrehabilitation? (keine Kur) ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, wann (Jahr) und wo (Einrichtung) zuletzt?

_____

Wie oft in den letzten 12 Monaten haben Sie wegen Ihrer Lunge (z.B. wegen Atemnot, Exazerbation, Infekt) Antibiotika oder Kortison Tabletten (z.B. Aprednislon 25mg, Prednislon 25mg) genommen? Wie oft waren Sie stationär wegen einem Problem mit Ihrer Lunge?

Datum	Krankenhausaufenthalt	Ursache
	☐ Nein ☐ Ja welches Krankenhaus: _____	Ursache:_____ ☐ Kortisoneinnahme ☐ Antibiotikaeinnahme
	☐ Nein ☐ Ja welches Krankenhaus: _____	Ursache:_____ ☐ Kortisoneinnahme ☐ Antibiotikaeinnahme
	☐ Nein ☐ Ja welches Krankenhaus: _____	Ursache:_____ ☐ Kortisoneinnahme ☐ Antibiotikaeinnahme
	☐ Nein ☐ Ja welches Krankenhaus: _____	Ursache:_____ ☐ Kortisoneinnahme ☐ Antibiotikaeinnahme

_____

Bestehen bei Ihnen folgende Vorerkrankungen?

☐ Allergien: ☐ Nickel ☐ Latex ☐ Medikamente: _____

☐ Sonstiges: _____

☐ Asthma

☐ Operationen an der Lunge (Wenn ja, wann und welche Operation):

_____

☐ Herzkreislauferkrankungen:

☐ Bluthochdruck ☐ Herzinfarkt ☐ Koronare Herzkrankheit ☐ Vorhofflimmern

☐ Sonstiges: _____

☐ Magenprobleme: ☐ Gastritis (Magenschleimhautentzündung) ☐ Reflux (saures Aufstoßen)

☐ Operationen im Magen/Darmbereich ☐ Völlegefühl / Schmerzen

☐ Sonstiges: _____

☐ Diabetes (wenn ja: letzter gemessener HbA1C inkl. Einheit und Datum): _____

☐ periphere arterielle Verschlusskrankheit (behandlungsbedürftige Arterienverkalkung)

Sonstige Vorerkrankungen und Operationen:

Datum / Jahreszahl	Vorerkrankung / Operation

Sind Sie Pneumokokken geimpft? ☐ Nein ☐ Ja _____ (Datum)

Sind Sie Grippe geimpft? ☐ Nein ☐ Ja _____ (Datum)

Bitte schätzen Sie Ihren Husten und Auswurf ein:

Ich habe mehr als 1 Esslöffel pro Tag Auswurf: ☐ Nein ☐ Ja, seit: _____

Ich habe chronischen Husten: ☐ Nein ☐ Ja, seit: _____

	An den meisten Tagen der Woche	An mehreren Tagen der Woche	Nur bei Infektionen der Atemwege	Gar nicht
Während der letzten 4 Wochen habe ich gehustet:	☐	☐	☐	☐
Während der letzten 4 Wochen habe ich Schleim (Auswurf) ausgehustet	☐	☐	☐	☐

Ihr Name:

Heutiges Datum:

CAT
COPD Assessment Test

Wie geht es Ihnen mit Ihrer COPD? Füllen Sie den COPD Assessment Test™ (CAT) aus!

Dieser Fragebogen wird Ihnen und Ihrem Arzt helfen, die Auswirkungen der COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) auf Ihr Wohlbefinden und Ihr tägliches Leben festzustellen. Ihre Antworten und das Test-Ergebnis können von Ihnen und Ihrem Arzt dazu verwendet werden, die Behandlung Ihrer COPD zu verbessern, damit Sie bestmöglich davon profitieren.

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.

								PUNKTE
Beispiel: Ich bin sehr glücklich	0	X	2	3	4	5	Ich bin sehr traurig	
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**	
							SUMME	

Das CAT Logo ist eine eingetragene Marke der GlaxoSmithKline-Unternehmensgruppe.
© 2009 GlaxoSmithKline-Unternehmensgruppe. Alle Rechte vorbehalten.
Last Updated: February 24, 2012