

Anamnesebogen Verlaufskontrolle Asthma

Dieser Fragebogen soll Ihrem Arzt helfen, eine genauere Diagnose zu stellen und eine geeignete Behandlung zu planen. Bitte nehmen Sie sich daher die Zeit und füllen sorgfältig und so vollständig wie möglich aus. Vielen Dank!

Name: Vorname:

Geburtsdatum: ausgefüllt am:

1. Hat sich die Medikation Ihrer Atemwegserkrankung seit der letzten Vorstellung in unserer Praxis verändert?

Ja Bitte Änderung eintragen:

Nein

2. Hatten Sie bei der Anwendung dieser Medikamente Probleme?

Ja Welche?

Nein

3. Hat sich Ihre Atemwegserkrankung seit der letzten Vorstellung in unserer Praxis verschlechtert?

Ja Waren Sie deshalb im Krankenhaus? Ja Nein

Haben Sie Kortisontabletten oder

ein Antibiotikum erhalten? Ja Nein

Nein

4. Wie häufig nutzen Sie Ihre Bedarfsmedikation („Notfallspray“)?

x pro

5. Wie oft leiden Sie unter Atembeschwerden?

x pro

6. Wie oft leiden Sie unter nächtlichen Atembeschwerden?

x pro

7. Bei welcher Belastung tritt Luftnot auf?

in Ruhe beim Ankleiden nach wenigen Schritten
 nach Etagen Treppensteigen beim Sport

8. Haben Sie häufig Husten?

Ja Nein

8.1. Wenn ja, zu welchen Tageszeiten ist der Husten am stärksten?

morgens abends nachts den ganzen Tag

8.2. Ist Ihr Husten produktiv (mit Auswurf)?

Ja Nein

8.3. Wenn ja, welche Farbe hat der Auswurf?

klar weißlich gräulich gelblich grünlich blutig

9. Leiden Sie derzeit unter Allergiebeschwerden?

<input type="checkbox"/> Ja	Augenjucken/Augenbrennen	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Nein	Augentränen	<input type="text"/>
	Niesreiz	<input type="text"/>
	Naselaufen	<input type="text"/>
	behinderte Nasenatmung	<input type="text"/>

Welche Allergiemedikation nehmen Sie ein?

10. Rauchen Sie?

Ja, pro Tag seit Jahren = pack years

Nein

11. Sind bei Ihnen seit der letzten Vorstellung in unserer Praxis neue Erkrankungen oder Medikamente hinzugekommen?

Ja Welche?

Nein

12. Möchten Sie uns noch etwas mitteilen, das für Ihre Beschwerden relevant sein könnte?