

Lungenfibrose verstehen

## Fragebogen für das Gespräch mit dem Ärzteteam

Lungenerkrankungen können unterschiedliche Ursachen haben. Für die Behandlung ist es wichtig, diese zu kennen. Mit der Beantwortung des Fragebogens bereiten Sie sich auf das Arztgespräch vor und unterstützen so eine rasche Diagnosefindung.

Name:

Geburtsdatum:



### Was waren Ihre ersten Beschwerden und sind diese heute noch vorhanden?

Beschwerden	Begonnen mit	Heute vorhanden
Reizhusten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Husten mit Auswurf	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Luftnot bei Belastung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Anfallsartige Luftnot	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ständige Luftnot auch schon in Ruhe	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Fieberhafter Infekt der Atemwege/ Lungenentzündung/grippale Beschwerden	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Weitere Beschwerden:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Bitte beschreiben Sie Ihre Luftnot (plötzlich, bei Belastung, Abhängig vom Wetter, etc.):

---



---



---

Bitte beschreiben Sie Ihren Husten (Auswurf, Häufigkeit, etc.):

---



---



---

Welche anderen Beschwerden haben Sie? (Nachtschweiß, Hautveränderungen, Gelenksbeschwerden etc.)

---



---



---

## Haben Sie andere Erkrankungen oder Beschwerden? Nehmen Sie Medikamente ein? Erhalten Sie gerade eine Therapie?

(Bitte auch vergangene Beschwerden, Medikamenteneinnahmen und Therapien notieren)

Zeitraum	Vorerkrankungen und Beschwerden	Medikamente/Therapien

## Haben oder hatten Sie privat (Hobbys) oder beruflich mit Situationen zu tun, die Ihre Lunge gefährden oder gefährdet haben könnten?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rauchen                    | <input type="checkbox"/> Düngearbeiten    |
| <input type="checkbox"/> Schimmel                   | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> Metall- oder Lackierarbeit | _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Landwirtschaftsbetrieb     | _____                                     |

## Sind Ihnen Lungenerkrankungen bei Ihren Angehörigen bekannt? Wenn ja welche?

(Lungenfibrose, Lungenkrebs, Sarkoidose etc.)

Verwandtschaftsgrad	Erkrankung

Modifiziert nach: Kreuter, M. et al. (2018). Patientenfragebogen zur Erfassung der Ursachen interstitieller und seltener Lungenerkrankungen – klinische Sektion der DGP. *Pneumologie*, 72(6), 446-457. doi: 10.1055/s-0044-100207