

COPD-Fragebogen der Naturheilpraxis Lübbecke

Bitte schicken Sie diesen COPD - Fragebogen zusammen mit Ihrem Blutstropfen an meine Praxis. Füllen Sie den Fragebogen bitte genau und komplett aus: machen Sie exakte Angaben über die Dauer (seit wann?) und Häufigkeit sowie Intensität Ihrer Beschwerden.

Jede der nachfolgenden Fragen hat eine bestimmte Absicht und Aussagekraft für mich. Keine Frage wird unnötigerweise gestellt.

Auch Dinge, von denen Sie denken, dass sie nichts mit der Erkrankung / den Beschwerden zu tun haben, können von größter Bedeutung sein.

Bitte beantworten Sie deshalb alle Fragen vollständig, gewissenhaft, ausführlich und verschweigen Sie bitte nichts Wichtiges. Wenn Sie sich nicht sicher sind, lassen Sie die Frage unbeantwortet.

Name

Vorname

Datum ____ . ____ . ____

Geb. Dat. Alter

Straße

Ort.....

Tel. privat

Handy

E-Mail

Ausgeübter Beruf

frühere Berufe.....

Gewicht seit.....

Größe

Familienstand: ledig Partnerschaft verheiratet geschieden verwitwet getrennt lebend

Krankenversicherung: gesetzlich privat Beihilfe spezielle Zusatzversicherung

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Farbe an. Grün steht für gute Belastbarkeit, gelb für mittelmäßige Belastbarkeit und Rot für schlechte Belastbarkeit.



1. Welche der folgenden Symptome treffen auf Sie zu und wie häufig – täglich, wöchentlich?

1a. Wann ist die Diagnose COPD (chronisch obstruktive Bronchitis, Lungenemphysem) gestellt worden?

.....

1b. Welche weiteren lungenspezifischen Diagnosen sind dabei gestellt worden?

Asthma seit wann Schlafapnoesyndrom seit wann Weiß ich nicht

Andere Welche?

1c. Durch wen ist die Diagnose gestellt worden? Lungenfacharzt Hausarzt Andere

1d. Wie oft im Jahr gehen Sie zur Lungenfunktionsprüfung?

1e. Können Sie eine Kopie Ihrer letzten Lungenfunktionsprüfung beilegen? Ja Nein

Bei Nein beantworten Sie bitte möglichst die nächste Frage.

1f. Kennen Sie Ihren FEV₁-Wert? Wenn ja, wieviel Prozent oder Liter?

1g. Kennen Sie Ihre Sauerstoffsättigung? Ja Nein Wo liegt diese durchschnittlich?%

1h. Aus welcher Entfernung können Sie eine Kerze auspusten?

1i. Benutzen Sie ein Peak-Flow-Meter? Ja Nein

Wenn ja, wo liegen Ihre durchschnittlichen Werte?

1j. Haben Sie Probleme mit den Nasennebenhöhlen Ja Nein Wenn ja, seit wann?

1k. Leiden Sie unter Nachtschweiß? Ja Nein Wenn ja, seit wann?

1l. Haben Sie eine Gewichtsabnahme bei sich bemerkt? Ja Nein Wenn ja, seit wann?

1m. Können Sie durchschlafen?

Wenn Sie nicht durchschlafen können, seit wann nicht mehr?

Schlafen Sie mit offenem Mund oder durch die Nase?

Mit offenem Mund Durch die Nase Sowohl als auch

1n. Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Beschwerden (Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust) nachts wach geworden oder morgens früher als gewöhnlich aufgewacht?
.....

1o. Wie schlimm waren Ihre Beschwerden in der letzten Woche, wenn Sie morgens aufgewacht sind? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Farbe an. Grün steht dafür dass Sie kaum oder keine Beschwerden haben, gelb steht für mittelmäßige Beschwerden und Rot für starke Beschwerden.



1p. Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallspray tagsüber zur Inhalation eingesetzt?

1 - bis 4-mal 4 - bis 10-mal mehr als 10-mal

Wie lange dauert es, bis Sie das Gefühl haben, dass das Spray Ihnen Erleichterung verschafft?

.....

1q. Welche Dinge können Sie wegen Ihrer COPD **nicht tun** (z.B. leichte körperliche Tätigkeiten, Spaziergehen, Treppensteigen, Sport)?

.....

.....

.....

.....

.....

1r. Haben Sie manchmal Schwierigkeiten, tief einzuatmen, als ob die Atemluft nicht „reingeht“, oder irgendwie stoppt?

Ja Nein Weiß nicht

1s. Hören Sie hin und wieder beim Atmen ein Pfeifen oder Rasseln in der Brust? Ja Nein

1t. Haben Sie Beklemmungsgefühle in der Brust? Ja Nein Weiß nicht

Bei Ja beantworten Sie auch folgende Fragen:

Haben Sie dabei auch Rückenbeschwerden? Ja Nein Weiß nicht

Haben Sie dabei auch das Gefühl als würde der Nacken von hinten zusammengedrückt?

Ja Nein Weiß nicht

1u. Bekommen Sie schwere Hustenanfälle? Ja Nein

Wenn ja, wann treten diese am stärksten und in welchem Zusammenhang auf? (Zum Beispiel: nach dem Aufstehen, bei körperlicher Arbeit, beim Rauchen)

.....

.....

.....

.....

.....

1v. Haben Sie Atemnot oder verstärkt sich die Atemnot, wenn Pferde, Katzen, Hunde oder andere Tiere in der Nähe sind? Ja Nein Weiß nicht

Fällt Ihnen das Atmen in der Pollenzeit (Frühling/Sommer) schwerer als sonst? Ja Nein

Löst Hausstaub bei Ihnen Atembeschwerden oder Hustenanfälle aus? Ja Nein Weiß nicht

Löst eine erhöhte Feinstaubbelastung bei Ihnen Atembeschwerden oder Hustenanfälle aus?
Ja Nein Weiß nicht

Löst eine erhöhte Ozonbelastung bei Ihnen Atembeschwerden oder Hustenanfälle aus?
Ja Nein Weiß nicht

Löst kaltes Wetter bei Ihnen Atembeschwerden aus? Ja Nein Weiß nicht

Löst feuchtwarmes Wetter bei Ihnen Atembeschwerden aus? Ja Nein Weiß nicht

Lösen Nahrungsmittel bei Ihnen Atembeschwerden oder Hustenanfälle aus?
Ja Nein Weiß nicht Bei Ja, welche Nahrungsmittel vermuten Sie?

1w. Sind Sie oft erkältet und ist dabei die Lunge betroffen? Ja Nein

1x. Erleben Sie das Auftreten heftiger, teils lebensbedrohlich erlebter Atemnot von einem Moment zum andern? Ja Nein Weiß nicht

Kennen Sie ein spontanes Nachlassen der Atemnot? Ja Nein Weiß nicht

1y. Leiden Sie unter Kratzen im Hals, Kloßgefühl, Engegefühl im Hals, häufiges Räuspern, Heiserkeit?
Ja Nein Weiß nicht

Bringen Sie diese Symptomatik in Zusammenhang mit der Einnahme Ihrer COPD-Medikation?
Ja Nein Weiß nicht

Bei Nein, traten die Beschwerden schon vor Diagnosestellung der COPD auf?
Ja Nein Weiß nicht

1z. Wie gut hilft Ihnen Ihre schulmedizinische Verordnung? Gut Kaum Gar nicht

2. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

(bitte nicht nur die Medikamente gegen die COPD sondern auch Pille, Beruhigungs-, Abführ-, Naturheilmittel, homöopathische Mittel usw. – unbedingt angeben!)

Medikament	Seit wann?	Morgens Dosierung	Mittags Dosierung	Abends Dosierung

3. Welche Medikamente (auch pflanzliche und homöopathische) haben Sie früher eingenommen und mit welchem Erfolg?

.....

.....

.....

.....

.....

4. Haben Sie irgendwelche Medikamente nicht vertragen? Welche Beschwerden bekamen Sie durch diese Medikamente?

.....
.....
.....
.....
.....

5. Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten? Mit welchem Erfolg? Genau bitte!

.....
.....
.....
.....
.....
.....

6. Wie ernähren Sie sich? Hausmannskost Vegetarisch Vegan Vollwertkost Anderes

7. Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?.....

Verlangen nach? – Bitte nur unterstreichen, was sehr ausgeprägt ist: kalt heiß sauer süß salzig
geräuchert stark gewürzt scharf Senf Speck Milch Fisch Fleisch Wurst Schinken (roh) Kartoffeln
Fett oder fette Speisen Butter Käse Brot Eier Obst (unreifes?) Apfelsinen Eiscreme Eiswürfel
Unverdauliches (z.B. Sand, Kreide, Kalk)

8. Wie oft haben Sie Stuhlgang? täglich wöchentlich

9. Welche Konsistenz hat ihr Stuhl? wässrig breiig geformt wechselhaft

10. Wieviel trinken Sie durchschnittlich?

Kaffee Schwarztee Kräutertee Wasser m. Kohlens.
 stilles Wasser Fruchtsäfte Milch andere

11. Welche alkoholischen Getränke nehmen Sie wie oft in welchen Mengen zu sich?

.....
.....
.....

12. Rauchen Sie?

Wieviel? Seit wann? Passivraucher?

Nein, nie Nein, nicht mehr seit..... Ja

In welchem Jahr haben Sie mit dem Rauchen angefangen?

Wie viele Zigaretten rauchen bzw. haben Sie maximal am Tag geraucht?

Wie viele Zigaretten rauchen bzw. haben Sie mindestens am Tag geraucht?

13. Haben Sie Narben? Wo?

.....
.....

16. An welchen Krankheiten leiden Sie aktuell? (neben Ihrer COPD) (Zum Beispiel: Diabetes 180 mg%, Welcher Typ? I oder II oder III? Oder Hypertonie 190/110, Prostatitis, Rheuma, Migräne, Rückenschmerzen, Angstattacken, usw.) Geben Sie unbedingt Ihre gesamten Leiden an - ausführlich und gewissenhaft mit Namen, Werten und Datum des erstmaligen Auftretens!

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

17. Leiden Sie unter psychischen Erkrankungen? Welche sind das? Sind Sie damit in regelmäßiger Behandlung?

.....
.....
.....
.....

18. Welche Medikamente sind hierfür verordnet? Welche nehmen Sie tatsächlich ein?

.....
.....

19. Bitte machen auch Angaben zu folgenden Fragen

Bekommen Sie Angst, wenn Sie kurzatmiger werden? Ja Nein

Vermeiden Sie körperliche Aktivitäten aus Angst vor der Atemnot? Ja Nein

Können Sie die Angst körperlich (im Bauch, im Hals, woanders) spüren? Ja Nein

Was machen Sie, wenn die Angst kommt?

.....
.....
.....

Schämen Sie sich wegen Ihrer Krankheit? Ja Nein

Bringt Ihr persönliches Umfeld Verständnis für Ihre Krankheit auf? Ja Nein

Nehmen Sie an regelmäßigen Treffen einer COPD Selbsthilfegruppe teil? Ja Nein

20. Welche Erwartungen haben Sie an die Auswertung dieses Tests?

.....
.....
.....
.....

Sollte der Platz zu den einzelnen Fragen nicht ausreichen, können Sie weitere Angaben auf einem gesonderten Blatt machen. Bitte legen Sie, soweit möglich, Kopien der letzten Blutuntersuchung sowie der neuesten Untersuchungsergebnisse (Lungenfunktion) bei.

Wichtiger Hinweis

Ich möchte an dieser Stelle ausdrücklich darauf hinweisen, dass eine wissenschaftliche Anerkennung dieses Testverfahrens nicht vorhanden ist.

Wenn ich die Testung beendet habe, erhalten Sie eine kurze schriftliche Zusammenfassung des Ergebnisses. Anschließend ist ein persönliches Telefonat sinnvoll, um alles besprechen zu können.

Zu diesem Zweck können Sie mir an dieser Stelle durch Ihre Unterschrift gestatten, dass ich Sie anrufen darf.

Teilen Sie mir bitte auch mit, unter welcher Nummer Sie wann am besten zu erreichen sind.

Anruf gestattet Anruf nicht gestattet

Am besten unter folgender Nummer zu erreichen.....

Bitte berücksichtigen Sie folgende Uhrzeiten:

.....
Unterschrift

.....
Ort

.....
Datum

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an folgende Adresse:

**Naturheilpraxis Torsten Hartmeier
Eichelgen 8
32312 Lübbecke**