

## Eigenanamnese/Selbstauskunft Lungenpatient:in

Name: \_\_\_\_\_ Vorname : \_\_\_\_\_

Geb.Dat.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: mobil \_\_\_\_\_ Festnetz \_\_\_\_\_

### Medizinische Vorgeschichte

#### Diagnosen (bitte ankreuzen):

- COPD  Asthma  Lungenfibrose  Emphysem  Bronchiektasen  
 Mukoviszidose  Post-COVID  Long-COVID

Andere: \_\_\_\_\_

Seit wann besteht die Erkrankung? \_\_\_\_\_

#### Symptome (bitte ankreuzen):

- Atemnot in Ruhe  Atemnot bei Belastung  Husten  Auswurf  
 Brustschmerzen  Pfeifende Atmung  Müdigkeit / Erschöpfung

Andere: \_\_\_\_\_

Häufige Infekte / Lungenentzündungen?  Ja  Nein Wenn ja, wie oft? \_\_\_\_\_

Wann war der letzte Infekt? \_\_\_\_\_

Wie stark wirkt sich Ihre Erkrankung auf Ihren Alltag aus? Bitte einkreisen →

keine Auswirkung 0 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 maximale Auswirkung

Haben Sie schon mal eine 6-Minuten-Gehtest durchgeführt?  Ja  Nein

Wenn ja →

Wann wurde der letzte durchgeführt? \_\_\_\_\_

Mit oder ohne Sauerstoff/Hilfsmittel? \_\_\_\_\_

Kennen Sie noch die Auswertung in Metern? \_\_\_\_\_ m

## Medikation und Therapien

Nehmen Sie Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Inhalative Medikamente?  Ja  Nein Wenn ja, welche : \_\_\_\_\_

Notfallspray/-medikament vorhanden?  Ja  Nein

Welche Maßnahmen zur Diagnostik und Therapie wurden bereits durchgeführt?

- bildgebende Verfahren ( Röntgen/MRT,Kernspin)  Bronchioskopie  operative Eingriffe  
 Ergotherapie  Physiotherapie  Atemtherapie  Rehasport  Psychotherapie (optional)

Andere: \_\_\_\_\_

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten einen stationären Aufenthalt ?  ja  nein

Wenn ja, wo und weshalb? \_\_\_\_\_

## Besondere Hinweise / Risikofaktoren

Begleiterkrankungen:  Herz-Kreislauf  Diabetes  Osteoporose

Rheuma  Neurologisch  Psychisch (optional)

Andere : \_\_\_\_\_

Haben Sie einen implantierten Herzschrittmacher /Defibrillator?  ja  nein

Nikotinkonsum:  Aktuell  Ehemalig  Nie

Wenn ja ,wie viele Zigaretten täglich und seit wann ? \_\_\_\_\_

Sauerstofftherapie zuhause?  Ja  nein → Flow: \_\_\_\_\_ L / min

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben !



Schleißheimerstr.168 \* Tel.08131 – 26862

[www.physio-aktiv-dachau.de](http://www.physio-aktiv-dachau.de) \* [info@physio-aktiv-dachau.de](mailto:info@physio-aktiv-dachau.de)

[www.facebook.com/physio.aktiv.dachau](https://www.facebook.com/physio.aktiv.dachau) \* [www.instagram.com/physio.aktiv.dachau](https://www.instagram.com/physio.aktiv.dachau)