

Patientendaten:

Name:

Vorname:

Geb. – Datum:

PNEUMOLOGIE PIRNA**Dr. med. K. Pilz****Fragebogen interstitielle
Lungenerkrankung**

PNEUMOLOGIE PIRNA
Dr. med. Kathrin Pilz | FÄ für Innere Medizin
Schwerpunkt Pneumologie

Fragebogen ausgefüllt am:

Beruf:	derzeitige Tätigkeit:
berentet seit:	
Hausarzt:	Anschrift:
Lungenröntgenaufnahmen	
wann	wo:
wann	wo:
Wurde die Lungenerkrankung im Rahmen einer routinemäßigen Röntgen- oder Vorsorgeuntersuchung entdeckt:	ja _____ nein Falls ja, wann:

Mit diesem Fragebogen möchten wir versuchen, die Ursache Ihrer Lungen- und Atemwegserkrankung zu ermitteln. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig und ausführlich bzw. kreuzen Sie die jeweils zutreffende Aussage in dem entsprechenden Kästchen an (auch verneinende Fragen). Sollten Sie Schwierigkeiten bei der Beantwortung einer Frage haben, markieren Sie diese mit einem Fragezeichen und sprechen Sie darüber mit uns bei Ihrem nächsten Besuch!

Welche Beschwerden haben Sie zur Zeit? Husten _____ Auswurf _____ Atemnot _____
Welche der Beschwerden steht im Vordergrund?
Wann haben die Atembeschwerden begonnen: Monat: _____ Jahr: _____

A Atemnot

	ja	nein	weiß nicht
1. Haben oder hatten Sie jemals Atemnot?			
1.1 Ich habe seit Beginn meiner Lungenerkrankung Atemnot.			
1.2 Ich hatte nur am Anfang meiner Lungenerkrankung Atemnot, die sich jedoch gebessert hat.			
1.3 Ich hatte schon vor meiner jetzigen Lungenerkrankung Atemnot.			
2. Hatten Sie zu Beginn Ihrer Lungenerkrankung eine fieberhafte Erkrankung (z. B. Grippe)?			
Falls Sie Frage 1 mit nein beantwortet haben, führen Sie die Beantwortung bei Abschnitt B fort.			
3. Wie hat Ihre Atemnot begonnen?			
3.1 plötzliche Zunahme			
3.2 allmähliche Zunahme			
3.3 weiß nicht			
4. Haben Sie derzeit Atemnot bei körperlicher Belastung?			
4.1 mäßige Atemnot bei sportlicher Betätigung			
4.2 mäßige Atemnot beim Treppensteigen über 2 Stockwerke			
4.3 mäßige Atemnot beim Treppensteigen über 1 Stockwerk			
4.4. mäßige Atemnot beim Gehen in der Ebene			
4.5. mäßige Atemnot bereits in Ruhe			
4.6 schwere Atemnot bereits in Ruhe			
4.7 eine Beschreibung meiner Atemnot ist wegen Gehbehinderung nicht möglich			
5. Haben Sie derzeit anfallsweise Atemnot?			
6. Beobachten Sie eine Verschlechterung Ihrer Atemnot unter bestimmten Bedingungen?			
6.1 Tageszeiten			
6.1.1 morgens			
6.1.2 mittags			
6.1.3 abends			
6.1.4 nachts			
6.2 Wochentage:			
6.3 Jahreszeiten			
6.3.1 Frühjahr			
6.3.2 Sommer			
6.3.3 Herbst			
6.3.4 Winter			
6.4 Wetterlage:			
6.4.1 kalt			
6.4.2 warm			
6.4.3 naß			

6.4.4 trocken			
6.5 Orte:			
6.5.1 Wohnung			
6.5.2 Arbeitsplatz			
6.5.3 Sonstige, welche?			
6.6 beim Umgang mit Tieren			
6.7 beim Einatmen von „Reizstoffen“			
6.7.1 Tabakrauch			
6.7.2 Gerüche (Parfum, Küchendunst)			
6.7.3 Dämpfe			
6.7.4 Stäube			
6.7.5 Sonstige			
6.8 bei flacher Lagerung			
6.9 bei sonstigen Einflüssen? welche?			
7. Beobachten Sie eine Verbesserung Ihrer Atemnot			
7.1 an Wochenenden			
7.2 im Urlaub			
7.3 bei sonstigen Einflüssen, welche?			
8. Hat sich Ihre Atemnot seit Beginn Ihrer Lungenerkrankung geändert?			
8.1 Die Atemnot hat sich verschlechtert			
8.2 unter ärztlicher Betreuung gebessert			
8.3 ohne ärztliche Betreuung gebessert			
8.4 unter folgenden Umständen gebessert			
9. Können sie ohne Behinderung tief einatmen?			
9.1 bei tiefer Einatmung bemerke ich einen Stop, als hielte jemand meinen Brustkorb fest			
9.2 bei tiefer Einatmung muss ich husten			

B. Husten und Auswurf

10. Haben Sie Reizhusten (Husten ohne Auswurf)?			
11. Haben Sie Husten mit Auswurf			
11.1 Farbe des Auswurfs			
11.1.1 grau/weiß			
11.1.2 gelb/grün			
11.1.3 braun/schwarz			
11.2 Beschaffenheit des Auswurfs			
11.2.1 wässrig/schaumig			
11.2.2 glasig/zäh			
11.2.3 klumpig			
11.3 Menge des Auswurfs in 24 Std.			
11.3.1 ca. 1 Teelöffel			
11.3.2 ca. Füllung eines Eierbechers			
11.3.3 ca. halbe Füllung eines Wasserglases			

C. Sonstige Beschwerden und Erkrankungen, die während Ihrer Lungenerkrankung aufgetreten sind

	nie (nein)	ja, gelegentlich	ja, ständig
12. Müdigkeit, Abgeschlagenheit			
13. Appetitlosigkeit			
14. Erhöhte Temperaturen			
15. Starke Nachtschweiße			
16. Frösteln, Schüttelfröste			
17. Gliederschmerzen, Muskelschmerzen			
18. Gelenkbeschwerden			
18.1 Schmerzen			
18.2 Schwellungen			
18.3 Morgensteifigkeit			
19. Hautveränderungen, Nagel- und Haarveränderungen			
20. Lymphdrüsenvergrößerungen			
21. Speicheldrüsenvergrößerungen, Mundtrockenheit			
24. Fließschnupfen, Niesanfalle, verstopfte Nase, Augenjucken			
25. Beklemmungsgefühl in der Brust			
26. Schmerzen im Brustkorb beim Atmen			
27. Herzklopfen in Ruhe oder bei geringer körperlicher Belastung (schneller Puls)			
29. Sonstige:			

D. Rauchen

	ja	nein
30. Sind Sie Raucher? falls ja:		
30.1 Zigarette		
30.2 Zigarre		
30.3 Pfeife		
30.4 Haschisch		
31. Haben Sie jemals geraucht? falls ja:		
31.1 Zigarette		

31.2 Zigarre		
31.3 Pfeife		
31.4 Haschisch		
32. Falls Sie Zigaretten rauchen oder geraucht haben:	Anzahl der Jahre	
	Beendet (Datum)	
	Anzahl: weniger als 10	
	10 – 20	
	20 – 40	
	mehr als 40	

E. Lungen- und Atemwegserkrankungen in der Vorgeschichte

Bei allen Fragen unter Abschnitt E interessiert mich auch Ihre Kindheit, bitte fragen Sie daher Ihre Eltern oder Geschwister (Zutreffendes unterstreichen!)

Hatten Sie jemals folgende Krankheiten oder Beschwerden der Lunge oder Atemwege	ja	nein	weiß nicht
33. Nasennebenhöhlen, behinderte Nasenatmung, „Stockschnupfen“, Fließschnupfen			
34. häufige Mandelentzündungen, häufige Heiserkeit			
35. bronchitische Beschwerden, häufiger Husten und Auswurf			
36. Bronchiektasen (Erweiterung der Bronchien) falls ja, seit wann: _____			
37. Emphysebronchitis falls ja, seit wann:			
38. Lungenemphysem (Lungenblähung, zu hoher Luftgehalt der Lunge) falls ja, seit wann:			
39. Heuschnupfen, Augentränen, Milchschorf falls ja, seit wann:			
42. Asthma bronchiale, falls ja, seit wann:			
43. Rippenfellentzündung falls ja, wann:			
44. Lungenentzündung (Pneumonie) falls ja, wann:			
45. Lungen-Verschattung (Röntgen) falls ja, wann:			
46. Lungen-Tuberkulose falls ja, wann:			
47. Morbus Boeck (Sarkoidose) falls ja, seit wann:			
48. Vogelhalterlunge, Farmerlunge, Befeuchterlunge (Exogen Allergische Alveolitis) falls ja, seit wann:			
49. Staublunge (Silikose) falls ja, seit wann:			
50. Herzasthma falls ja, seit wann:			
51. Lungenembolie falls ja, wann:			
52. Krebs falls ja, seit wann:			
53. Sonstige: falls ja, seit wann:			
55. Mussten Sie jemals künstlich beatmet werden (z. B. nach einem Unfall, einer Operation)? falls ja, wann:			

F. Sonstige Beschwerden und Erkrankungen in der Vorgeschichte (außer Lungen- und Atemwegen)

Bestehen oder bestanden bei Ihnen jemals die folgenden Beschwerden bzw. Erkrankungen folgender Organe (Zutreffendes unterstreichen!)

	ja	nein	weiß nicht
60. Kreislauf-/Durchblutungsstörungen, kalte oder schmerzhafte Füße/Hände, Absterben der Finger			
61. Bluthochdruck, Blutniederdruck, Schlaganfall			
62. Herzinfarkt, Angina pectoris (Brustenge), Herzschwäche			
63. Herzmuskelentzündung, Herzfehler, Herzstolpern, Herzjagen			
64. Wasser in den Beinen, dicke Knöchel, geschwollene Augenlider, nächtliches Wasserlassen			
65. Krampfadern, Hämorrhoiden, Thrombosen, Venenentzündung, schlecht heilende Unterschenkelgeschwüre			
66. Verdauung: häufiges Aufstoßen, Sodbrennen, Völlegefühl, Magen- oder Darmgeschwüre, Erbrechen, häufige Verstopfung, Durchfälle			
71. Muskeln, Gelenke: Gelenkrheumatismus, Muskelrheumatismus, Arthrose			
72. Knochen, Wirbelsäule: Rückenschmerzen, Bandscheiben, Ischias, Englische Krankheit			
73. Haut/Schleimhaut: Haare, Nägel, Ausschläge, Juckreiz, Schuppenflechte, Ekzeme, Furunkel, trockener Mund oder Augen			
74. Nervensystem, Gemüt: Schlafstörungen, Depressionen, Krampfanfälle			
75. Blutsystem: Blutarmut, Blutgerinnungsstörungen			
76. Lymphsystem: Lymphdrüsenvergrößerung, Milzschwellung			
78. Tumore, Geschwülste, Leukämie			
80. Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Pfeiffer'sches Drüsenfieber			
84. Wurmerkrankungen			
85. Unfälle, Vergiftungen, Kriegsverletzungen falls ja, welche und wann:			
88. anerkannte Berufskrankheiten falls ja, welche?			
89. Allergie: Überempfindlichkeitsreaktionen falls ja, hervorgerufen durch			
89.1 Nahrungsmittel (welche?):			
89.2 Medikamente, Chemikalien oder Kosmetika (welche?):			
89.3 Metalle und Textilien (Modeschmuck, Uhren, Knöpfe) (welche?):			
89.4 Hausstaub, Insektenstiche, Tiere, Pollen (welche?):			
89.5 sonstige Stoffe (welche?):			

G. Medikamente

Es gibt einige Medikamente, die Nebenwirkungen an der Lunge machen können. Es ist daher sehr wichtig, dass Sie mir alle Medikamente mitteilen, die Sie bisher eingenommen haben. Bitte fragen Sie ggf. die Ärzte, die Sie behandelt haben (Zutreffendes unterstreichen)

	ja	nein	weiß nicht
90. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? falls ja, welche, seit wann, Dosierung: _____			
91. Haben Sie zu Beginn Ihrer Lungenerkrankung Medikamente eingenommen? falls ja, welche _____			
92. Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Medikamente bei psychischen Erkrankungen			

93. Schmerzmittel (einschl. Migräne- und Rheumamittel)			
94. Medikamente wegen Infektionskrankheiten (Antibiotika, Chemotherapeutika)			
95. Medikamente gegen Tuberkulose			
96. Medikamente gegen Lungen- und Bronchialerkrankungen			
97. durch die Nase zugeführte Medikamente (Nasentropfen, Spray, Dampftopf) einschließlich aller „Hausmittel“			
98. Inhalieren Sie Medikamente mit Hilfe eines Inhalationsgerätes? _____ Welches Gerät? _____ Wie oft wird es desinfiziert?			
99. auf Herz oder Kreislauf wirkende Medikamente (gegen Bluthochdruck, zu niedrigen Blutdruck, zu schnellen und/oder unregelmäßigen Puls)			
100. auf die Verdauung (Magen, Darm) wirkende Medikamente (auch Rhizinusöl und andere Mittel gegen Verstopfung aufführen)			
106. Antitumormittel (Zytostatika)			
111. Sind bei Ihnen jemals nach der Einnahme von Medikamenten, nach Spritzen, nach Impfungen, bei Kontrastmitteluntersuchungen, Narkosen, örtlicher Betäubung oder sonstigen ärztlichen Maßnahmen unerwünschte Nebenwirkungen oder Komplikationen (Unverträglichkeiten) aufgetreten? falls ja, welche:			

H. Familie

Um ein gehäuftes Auftreten bestimmter Erkrankungen in der Familie zu ermitteln, erkundigen Sie sich bitte, welche der folgenden Erkrankungen bei Ihren Eltern, Geschwistern und Großeltern vorliegen bzw. vorlagen (falls zutreffend Verwandtschaftsgrad und Art der Beschwerden angeben).

	ja	nein	weiß nicht
112. Lungen- oder Atemwegsbeschwerden wie bei Ihnen welche: _____ bei wem: _____			
113. Lungen-Tbc, Rippenfellentzündung welche: _____ bei wem: _____			
114. chron. Bronchitis, Lungenemphysem welche: _____ bei wem: _____			
115. Asthma bronchiale welche: _____ bei wem: _____			
116. Lungenfibrose (Lungengerüsterkrankung) welche: _____ bei wem: _____			
117. Vogelhalterlunge, Farmerlunge welche: _____ bei wem: _____			
118. Allergien (Milchschorf, Nesselsucht, Heufieber, Heuschnupfen, Hautausschlag) welche: _____ bei wem: _____			
119. Herz- oder Kreislaferkrankungen (Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzschlag, schwaches Herz, Schlaganfall) welche: _____ bei wem: _____			
120. Sind in Ihrer Verwandtschaft rheumatische Erkrankungen und Kollagenosen bekannt (z. B. Gelenkrheuma, allergische Hautreaktionen, Heuschnupfen u. a.) welche: _____ bei wem: _____			
121. Gab es (bzw. gibt es) in Ihrer Familie Erkrankungen an Tumoren, Krebs, Zuckerkrankheit, Geisteskrankheit welche: _____ bei wem: _____			

I. Wohnung

In diesem Abschnitt möchte ich versuchen, eventuelle Schädigungsquellen in Ihrer jetzigen Wohnung aufzudecken.

In der Wohnung, die ich seit _____ bewohne, sind:	ja	nein	weiß nicht
122. großflächige Holzverkleidungen der Innenräume			
123. feuchte Wohn- und/oder Kellerräume (z.B nach Hochwasser)			
124. Stockflecken an den Wänden, Salpetersäureblühungen am Putz			
125. ein Wintergarten oder viele Pflanzen (auch Hydrokultur)			
126. Klimaanlage			
127. Traf einer der Punkte 121 bis 125 für frühere Wohnungen zu? falls ja, welche:			

J. Umgebung

Ich möchte eventuelle Schädigungsmöglichkeiten in der nächsten Nähe Ihrer Wohnung oder Ihres Arbeitsplatzes erfahren. Gibt es

	ja	nein	weiß nicht
128. viel Feuchtigkeit (Sumpfbereich, Fluss?)			
129. Landwirtschaft (Viehställe, Komposthaufen, Getreidefelder, Getreidesilos)			
130. Fäkaliengruben, Abwässer			
131. Gewerbe mit Luftverunreinigung (chem. Industrie, Gerbere, Zementwerke, Asbest, Kunststoffindustrie)			
132. Traf einer der Punkte 127 bis 130 für frühere Wohnungen bzw. Arbeitsstätten zu? falls ja, welche:			

K. Arbeit und Beruf

	ja	nein
133. Sind oder waren Sie berufstätig? falls nicht, bitte mit Abschnitt L. fortfahren		

Bei Ihrer beruflichen Tätigkeit auftretende Schadstoffe können gelegentlich erst nach Jahrzehnten Lungenveränderungen bewirken. In diesem Abschnitt sollen die Arbeitsplätze, an denen Sie beschäftigt sind oder waren genau beschrieben werden. Um exakte Informationen zu bekommen, bitte ich um umfassende Angaben (ggf. Betriebsrat und Kollegen fragen). Bitte beginnen Sie mit der heutigen Arbeitsstelle und beschreiben Sie alle Arbeitsstellen nacheinander bis zur Lehrzeit (bitte Wehrdienstzeiten etc. angeben)

	Jetziger Arbeitsplatz	frühere Arbeitsplätze
--	-----------------------	-----------------------

134. Beschäftigungszeit	von	bis	von	bis
Firma				
Branche				
Tätigkeit				
Genau Beschreibung der Tätigkeit				
Arbeitsraum (Größe, Höhe, Fenster, Raumteiler, Belüftung)				
Arbeitsplatz (Beschaffenheit und Schutzvorkehrungen)				
Arbeitsmaterial und Hilfsmittel				
Werkzeuge				
Persönliche Schutzvorkehrungen				
Arbeitssicherheitsuntersuchungen				
Körperliche Belastung und Körperhaltung				
Temperatur und Feuchtigkeit am Arbeitsplatz				
Belastung durch Stäube, Dämpfe, Rauch, Gerüche am eigenen Arbeitsplatz				
Belastung durch Stäube, Dämpfe, Rauch, Geruch an <i>benachbarten</i> Arbeitsplätzen				

	ja	nein	weiß nicht
135. Haben sie jemals bei einer beruflichen Tätigkeit oder dem Umgang mit bestimmten Stoffen Beschwerden gehabt (Atemnot, Husten, Übelkeit, Kopfschmerzen, Niesanfalle, Augentränen, allergische Erscheinungen oder andere Beschwerden)? falls ja, welche und an welchen der unter Frage 134 beschriebenen Arbeitsplätzen Nr.: Nr.: Nr.:			
136. Haben Sie Stunden nach Beendigung der Arbeit (z. B. am Abend oder in der Nacht) Beschwerden (Atemnot, Husten, Fieber, Schüttelfrost, Übelkeit)? falls ja, welche und an welchen der unter Frage 134 beschriebenen Arbeitsplätzen Nr.: Nr.: Nr.:			
137. Haben Arbeitskollegen ähnliche Beschwerden wie Sie? falls ja, welche und an welchen der unter Frage 134 beschriebenen Arbeitsplätzen arbeiten diese Kollegen Nr.: Nr.: Nr.:			

L. Umgang mit Tieren/Landwirtschaftliche Kontakte

Die Vogelhalterlunge wird manchmal nicht erkannt, da Beschwerden erst nach Stunden auftreten. Bitte geben Sie auch gelegentliche Tierkontakte an.

	ja	nein	weiß nicht
138. Haben oder hatten Sie Kontakt zu Vögeln? falls ja, 138.1 zu welchen Vogelarten 138.2 in welcher Umgebung (Wohnung, Nachbarschaft) 138.3 gelegentlich _____ ständig _____ 138.4 seit wann _____ bis wann _____			
139. Haben Sie <i>unmittelbar</i> bei Kontakt mit Vögeln Beschwerden oder eine Beschwerdezunahme (Atemnot, Husten, Niesanfalle, Augentränen) beobachtet? falls ja, welche _____			
140. Haben Sie Stunden <i>nach</i> dem Kontakt mit Vögeln Beschwerden oder eine Beschwerdezunahme beobachtet (Atemnot, Husten, Fieber, Schüttelfrost, Übelkeit)? falls ja, welche _____			
141. Haben Sie Zierfische oder züchten Sie Fische falls ja, bekommen Sie dabei Atembeschwerden?			
142. Haben oder hatten Sie Kontakt mit anderen Tieren? falls ja, mit welchen regelmäßig _____ oder gelegentlich _____			
143. Haben Sie <i>unmittelbar</i> bei Kontakt mit den genannten Tieren Beschwerden oder eine Beschwerdezunahme beobachtet? falls ja, welche _____			
144. Haben Sie Stunden <i>nach</i> dem Kontakt mit den genannten Tieren Beschwerden oder eine Beschwerdezunahme beobachtet? falls ja, welche _____			
145. Haben oder hatten Sie jemals Kontakt zur Landwirtschaft? falls ja, 145.1 dort tätig? Dauer: von: _____ bis: _____ 145.2 dort wohnhaft? Dauer: von: _____ bis: _____ 145.3 nur gelegentlich _____			
146. Haben Sie <i>unmittelbar</i> bei Aufenthalt im landw. Bereich Beschwerden oder eine Beschwerdezunahme beobachtet? falls ja, welche _____			
147. Haben Sie Stunden <i>nach</i> dem Aufenthalt im landw. Bereich Beschwerden oder eine Beschwerdezunahme beobachtet? falls ja, welche _____			

M. Reisen, Freizeit, Nebenbeschäftigung, Haushalt

	ja	nein	weiß nicht
148. Haben Sie jemals Fernreisen unternommen? falls ja, wann und wohin _____			
149. Haben oder hatten Sie bestimmte Freizeit- oder Nebenbeschäftigungen bei denen Stäube, Gase, Gerüche und Dämpfe entstehen, die Sie <i>besonders häufig</i> ausüben? Einige Möglichkeiten führe ich im Folgenden auf. Bitte nehmen Sie Ergänzungen vor, wenn Ihr spezielles Hobby nicht dabei ist. 149.1 Be- oder Verarbeitung von asbesthaltigen Materialien (Fulgurit/Eternit) 149.2 Maler- und Tapezierarbeiten 149.3 Gartenarbeiten mit Düngemitteln, Torf und Spritzmitteln 149.4 Arbeiten in Treibhäusern 149.5 Betreiben einer Pilzzucht 149.6 Aufenthalt im Wochenendhaus, Zelt und Wohnwagen in feuchter Umgebung 149.7 Modellbau			

149.8 Arbeiten mit Lacken und Lösungsmitteln (Isoliermittel)			
149.9 Arbeiten in Dunkelkammern			
149.10 Holzverarbeitung			
149.11 Kunststoffbe- und verarbeitung (Kunstharze, Zweikomponentenkleber)			
149.12 Metallbe- und verarbeitung (Schweiß-, Schleif- und Lackierarbeiten)			
149.13 Übungen/Einsatz bei Feuerwehr			
149.14 Sonstiges _____			
150. Haben Sie bei oder Stunden nach den unter Frage 149 genannten Beschäftigungen Beschwerden oder eine Beschwerdezunahme beobachtet?			
151. Benutzen Sie folgende Mittel besonders häufig bzw. in größeren Mengen? (Zutreffendes unterstreichen!)			
151.1 Sprays jeglicher Art (Haarspray, Insektenspray, Farbenspray, Schuh- und Lederspray, Imprägnierspray)			
151.2 Putzmittel (Abflussreiniger, WC-Reiniger)			
151.3 Waschpulver, Weichspüler			
151.4 Lacke, Terpentin, Lösungsmittel			
151.5 Handelsdünger, Spritzmittel (Schädlingsbekämpfungsmittel)			
151.6 Sonstige (Bitte geben Sie alle verwendeten Mittel an, die Gase, Gerüche, Dämpfe oder Stäube entwickeln)			
152. Haben Sie bei oder Stunden nach Benutzung der unter Frage 151 genannten Mittel Beschwerden oder eine Beschwerdezunahme beobachtet? falls ja, welche _____ Tätigkeit-Nr. _____			
153. Haben Sie zu Hause oder im Beruf Kontakt mit der Arbeitskleidung anderer Personen? falls ja, welche _____			
154. Sonstige Angaben:			