

Dokumentationsbogen

Name, Vorname des Patienten:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Alter:	_____ Jahre
Größe:	_____ cm
Gewicht:	_____ kg
Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie länger als 3 Jahre Nichtraucher?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Müssen Sie häufig husten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Husten mit Auswurf?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie kurzatmig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja,	<input type="checkbox"/> bei starker körperlicher Anstrengung <input type="checkbox"/> bei schnellem Gehen oder auf ansteigendem Weg <input type="checkbox"/> nach Gehen von ca. 100 m/nach mehrminütigem Gehen auf ebenem Gelände <input type="checkbox"/> beim normalen Gehen mit anderen Personen gleichen Alters <input type="checkbox"/> beim An- und Auskleiden
Leiden Sie auch im Ruhezustand an Atembeschwerden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie im letzten Jahr ein Spray gegen Atembeschwerden benutzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie früher schon einmal eine Atemwegs- oder Lungenerkrankung, die längere Zeit anhielt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter einer Atemwegs- oder Lungenerkrankung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Spirometrie: FEV 1 – Wert = _____
