

Patientenfragebogen zur Erfassung der Ursachen interstitieller und seltener Lungenerkrankungen - klinische Sektion der DGP

Liebe Patientin, lieber Patient,

bei Ihnen besteht der Verdacht auf eine Erkrankung des Lungenstützgewebes oder der Lungenbläschen, d.h. eine sog. interstitielle Lungenerkrankung (ILD) oder eine andere seltene Lungenerkrankung. Es gibt hierbei vielfältige, teilweise sehr verschiedene Ursachen. Deshalb ist eine sehr gründliche Suche nach auslösenden Faktoren wichtig. Die ausführliche Beantwortung der u.a. Fragen hilft Ihnen und uns, die richtige Diagnose zu stellen. Auch wenn die Diagnose der Lungenerkrankung schon bekannt ist, hilft uns

dieser Fragebogen, um zu verstehen, was bereits für Untersuchungen oder Therapien erfolgt sind.

Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit, diese Fragen sorgfältig und vollständig zu beantworten. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Angaben streng vertraulich.

Sollten Sie Schwierigkeiten bei der Beantwortung einer Frage haben, markieren Sie diese bitte mit einem Fragezeichen und sprechen Sie uns gerne an.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name: _____

Vorname: _____

geb.: _____

Feld für Adressaufkleber

Fragen zu Ihrer aktuellen Erkrankung, die zu der Verdachtsdiagnose „interstitielle Lungenerkrankung“ geführt hat

1.1 Was ist nach Ihrer persönlichen Meinung die Ursache Ihrer aktuellen Lungenerkrankung?

1.2 Wann haben Sie die ersten Beschwerden bemerkt ?

Vor _____ Wochen / _____ Monaten / _____ Jahren

1.3 Mit welchen Beschwerden hat die Erkrankung begonnen? (bitte Zutreffendes ankreuzen)

	nein	ja
Reizhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten mit Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot bei Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsartige Luftnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ständige Luftnot auch schon in Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fieberhafter Infekt der Atemwege/Lungenentzündung/grippale Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiteres _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.4 Welche Beschwerden haben Sie bis heute? (bitte Zutreffendes ankreuzen)

	nein	Weiterhin, aber gebessert	Weiterhin und gleich geblieben	Weiterhin und verschlechtert
Reizhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten mit Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot bei Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsartige Luftnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ständig Luftnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fieberhafte Infekte der Atemwege				
Grippeähnliche Beschwerden				
Weiteres _____				
Weiteres _____				

1.5 Wie sehr schränkt Sie Luftnot ein? (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Ich habe keine Luftnot.	
Ich habe keine Luftnot außer bei sehr starker Belastung.	
Ich habe Luftnot, wenn ich in der Ebene rasch gehe oder bergauf gehe.	
Ich gehe langsamer als Menschen meines Alters bzw. ich kann nicht mehr so rasch gehen, wie ich es gewohnt bin.	
Ich bleibe häufig stehen.	
Ich habe ständig Luftnot.	
Ich bin zu atemlos, um das Haus zu verlassen.	
Ich bin zu atemlos, um mich anzuziehen oder zu waschen.	

1.6 Weitere Angaben, falls Sie an Luftnot leiden (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Meine Luftnot hat plötzlich begonnen.	
Meine Luftnot hat langsam begonnen und sich allmählich verschlechtert.	
Meine Luftnot verschlechtert sich durch Kälte/Nässe.	
Meine Luftnot verschlechtert sich durch Wärme/schwüles Wetter.	
Meine Luftnot verschlechtert sich nach Umgang mit Tieren (welche _____)	
Meine Luftnot verschlechtert sich zu Hause.	
Meine Luftnot verschlechtert sich bei der Arbeit (welche _____)	
Meine Luftnot ist unabhängig von den Jahreszeiten.	
Wenn ich tief einatme, muss ich husten.	
Ich habe vor allem nachts Luftnot.	
Ich habe vor allem morgens Luftnot.	
Meine Luftnot steigert sich im Verlauf des Tages.	
Ich habe in der Woche stärkere Luftnot als am Wochenende.	

1.7 Weitere Angaben, falls Sie an Husten leiden (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Ich habe keinen Husten.	
Ich muss husten, wenn ich Luftnot habe.	
Ich muss husten, wenn ich tief einatme.	
Ich muss husten, wenn ich mich körperlich anstrenge.	
Ich huste gelegentlich.	
Ich huste häufig.	

Ich huste vor allem morgens.	
Ich huste nachts.	
Ich habe schwere Hustenattacken.	
Ich habe keinen Auswurf.	
Ich habe weißlich-hellen Auswurf.	
Ich habe gelblich-grünlichen Auswurf.	
Ich habe Blut im Auswurf (sog. Bluthusten/Hämoptysen).	

1.8 Welche anderen Beschwerden/Symptome haben Sie? (bitte ankreuzen)

Ungewollter Gewichtsverlust (über 5 kg in den letzten 6 Monaten)	
Fieber	
Nachtschweiß mit Wechsel von Nachthemd oder Wäsche	
Leistungsknick, Müdigkeit, Abgeschlagenheit	
Lymphknotenschwellungen	
Hautveränderungen/Ausschläge	
Lichtempfindliche Haut	
Schleimhautveränderungen oder Geschwüre im Mund	
Schluckstörungen	
Sodbrennen	
Brustschmerz/Engegefühl in der Brust	
Wassereinlagerungen in den Beinen	
Schmerzen an großen Gelenken (Schulter, Knie, Hüfte)	
Schmerzen an kleinen Gelenken (Hand-, Fingergelenke, Zehngelenke)	
Schwellungen an Fingern	
Raynaud-Syndrom (anfallsartige Verfärbung von Fingern bei Kälte (weiß, blau, rot))	
Trockene Augen/trockener Mund	
Muskelschmerzen	
Andere Beschwerden: _____	

2. Fragen zu Ihrer Vorgeschichte

2.1 Sind Sie wegen Ihrer aktuellen Lungen-Erkrankung schon mit Medikamenten behandelt worden (z.B. Kortison, Azathioprin, Cyclophosphamid, Pirfenidon, Nintedanib, MTX)?

Wenn ja, ging es Ihnen damit besser?

Medikament	ingenommen von ... bis:	Besserung ja	Besserung nein

2.2 Sind bei Ihnen bereits andere Lungenerkrankungen diagnostiziert worden?

	Wenn ja, wann?
Asthma	
COPD	
Lungenhochdruck (pulmonale Hypertonie)	
Sarkoidose	
Bakterielle/virale Lungenentzündung	
Eosinophile Pneumonie	
Lungentuberkulose	
Exogen-allergische Alveolitis (Vogelhalterlunge, Farmerlunge, Befeuchterlunge, ...)	
Lungenfibrose	
Lungenkrebs	

2.3a) Haben Sie jemals eine Bestrahlungstherapie bekommen?

ja nein

Wenn ja, wann: _____ Warum: _____

Welche Körperregion: _____

2.3 b) Haben Sie jemals eine Chemotherapie bekommen?

ja nein

Wenn ja, wann: _____ Welche: _____

Wann ja, wegen welcher Erkrankung: _____

2.4 Haben oder hatten Sie beruflich oder privat Umgang mit folgenden Gefahrstoffen oder führen bzw. führten Sie folgende Tätigkeiten durch?

	beruflich	privat
Eigene Landwirtschaft inkl. Weinwirtschaft oder in unmittelbarer Nachbarschaft		
großer Garten, Waldbewirtschaftung		
Düngemittel, Spritzmittel		
Erde, Torf, Kompost		
Bergwerk, Steinbruch, Steinmetz, Sandstrahler		
Metallbearbeitung		
Schweißen/Löten		
Lacke, Lösungsmittel, Klebstoffe, Sprays		
Papierverarbeitung		
Maler-, Lackier-, Tapezierarbeiten		
Asbest		
Arbeiten in einem Treibhaus		
Pilzzucht		

Holzbearbeitung		
Installateur		
Lebensmittelverarbeitung		
Müllentsorgung		

2.5 Listen Sie bitte private Tätigkeiten/Hobbies (z.B. Bastler, Musiker, Weinberge, Hobbygärtner, Feuerwehr, Feuerschlucker, usw.) auf, die Ihrer Meinung nach zu einer Gefährdung der Lunge geführt haben könnten.

Von	Bis	Tätigkeit	Exposition/Gefahrstoffe
Beispiel: 1992	derzeit	Gartenarbeiten	Kompost, Erde

2.6 Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

Haben Sie Schimmel in Ihren Wohnräumen (Schlafzimmer, Bad, Keller, ...) ?	
Haben Sie einen „moderigen“ Geruch in Ihrer Wohnung oder im Keller bemerkt?	
Haben Sie Topfpflanzen in Ihren Wohnräumen?	
Haben Sie ein Treib- oder Gewächshaus?	
Betreiben Sie einen Luftbefeuchter oder Zimmerspringbrunnen?	
Haben Sie einen Whirlpool, eine Sauna oder ein Innen-Schwimmbad zu Hause?	
Arbeiten oder leben Sie in Räumen mit einer Klimaanlage?	
Verwenden Sie ein Dampfbügeleisen?	
Züchten Sie selbst Speisepilze?	
Haben Sie Bioabfälle in der Küche, die länger als 1 Tag in der Küche bleiben ?	
Haben Sie Kompost im Garten?	
Haben Sie eine Biotonne? Wenn ja wo: _____	
Betreiben Sie eine Landwirtschaft?	
Lagern Sie Stroh, Heu oder Getreide auf Ihrem Hof?	
Versorgen Sie Pferde, Hühner oder andere Tiere mit Einstreu oder Silage ?	
Betreiben Nachbarn eine Landwirtschaft?	

Halten oder hielten Sie Vögel im Haus oder am Haus bzw. haben Sie viel Vogelkot an Fensterbänken oder nisten Vögel im oder nahe am Haus (Papagei, Wellensittich, Tauben, Hühner etc.)?	
Haben Sie direkten oder indirekten Kontakt mit einer großen Voliere oder einem Taubenschlag?	
Schlafen Sie oder Ihr Partner/-in in Daunnen-/Federbetten?	
Spielen Sie ein Blasmusikinstrument? Wenn ja, welches _____ ?	

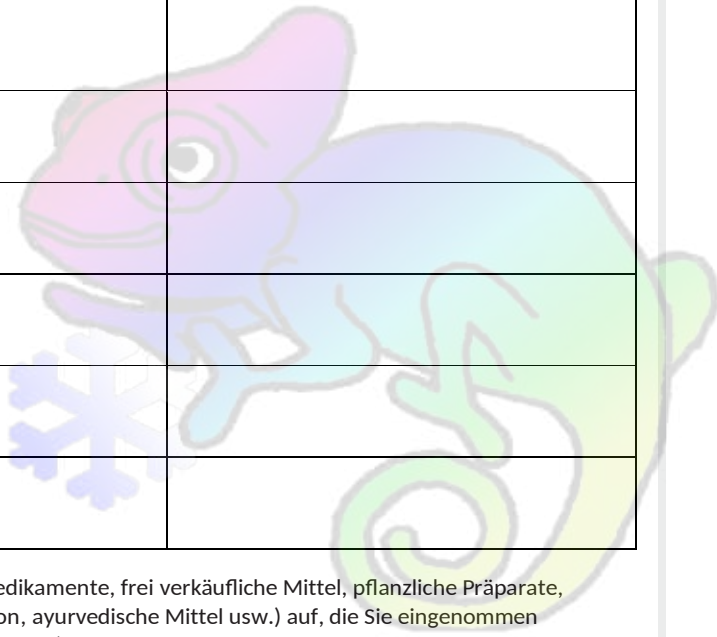
2.7 Listen Sie bitte alle Arten beruflicher Tätigkeiten (inkl. Ausbildung, ehrenamtliche Tätigkeiten) auf, die Sie jemals ausgeübt haben.

Von	Bis	Berufliche Tätigkeit	Arbeitsstoffe/Gefahrstoffe
Beispiel: 1987	1990	Schreinerlehre: Holzbearbeitung, Lackieren	Holzstäube (Eiche, Fichte, Tanne), 2-Komponentenlacke auf Ölbasis

2.8 Listen Sie bitte alle Medikamente (inkl. homöopathische Medikamente, frei verkäufliche Mittel, pflanzliche Präparate, Phytopharmaka, Appetitzügler, Mittel zur Gewichtsreduktion, ayurvedische Mittel usw.) auf, die Sie eingenommen haben/einnehmen (beginnend ab 5 Jahre vor Beschwerdebeginn).

Von	Bis	Medikament	Verordnungsgrund
Beispiel: 2014	derzeit	Valsartan	Erhöhter Blutdruck

SARKOIDOSE
SELBSTHILFE



2.9 Haben Sie eines der folgenden Medikamente eingenommen:

	nein	ja	Wenn ja, von wann bis wann?
Amiodaron			
Methotrexat			
Nitrofurantoin			
Antidepressiva			

2.10 Haben Sie geraucht oder rauchen Sie noch? Wenn ja, bitte alle Zeiten in Tabelle eintragen:

von	bis	Was?	Wie viele pro Tag?
Beispiel: 1987	2007	Zigaretten	15

2.11 Wird oder wurde in Ihrer Umgebung viel in geschlossenen Räumen geraucht? ja nein

2.12 Haben Sie jemals Drogen genommen (auch Cannabis): ja nein

2.13 Welche anderen bzw. Vor-Erkrankungen haben oder hatten Sie?

Frühgeburtlichkeit	
Lungenerkrankungen in der Kindheit: _____	
Diabetes	
Autoimmunerkrankung (Lupus erythematodes, Sklerodermie, Sjögren-Syndrom, M. Wegener (GPA), Polymyositis, rheumatoide Arthritis ...)	
Starke Infektanfälligkeit, Immundefekte	
Krebserkrankungen	
Chronisch entzündliche Darmerkrankung (M. Crohn, Colitis ulcerosa)	
Schuppenflechte mit Gelenkbefall (Psoriasis-Arthritis)	
Heuschnupfen	
Hoher Blutdruck	
Herzschwäche	
Herzrhythmusstörungen	
Koronare Herzerkrankung/Herzinfarkt	
Schlaganfall	
Durchblutungsstörungen der Beine („Schaufensterkrankheit“, pAVK)	
Lungenembolie/tiefe Beinvenenthrombose	
Pneumothorax	
Nierenschwäche/Nierenerkrankungen	
Leberentzündung/Leberzirrhose	
Refluxerkrankung (GERD) bzw. Sodbrennen	
Chronische Infektionserkrankungen (Hepatitis B, Hepatitis C, HIV)	
Schlafapnoe	
Nervenerkrankungen (Epilepsie, Depression ...)	
Weitere für Sie wichtige:	

2.14 Gibt es in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, eigene Kinder) folgende Erkrankungen?

Lungenfibrose	
exogen allergische Alveolitis (Vogelhalterlunge, Befeuchterlunge ...)	
Sarkoidose	
Lungenkrebs	
Lungentuberkulose	

2.15 Gab es in den letzten 3 Jahren besondere Auslandsreisen (Tropen, Nordamerika, Afrika, Asien)

ja nein

wenn ja, wohin: _____

Anmerkungen:

SARKOIDOSE SELBSTHILFE

