

Bitte nicht bekleben

Bitte verwenden Sie einen schwarzen Kugelschreiber, keinen Bleistift.

# Patientenprotokoll Pneumologie

Betrifft die letzten 4 Wochen

- Erstuntersuchung       Nachkontrolle  
 Nächtliche Polygrafie       Nächtliche Pulsoxymetrie

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  ♂  ♀

## 1. Welche Medikamente nehmen Sie?

Medikament	Dosis	Einnahmezeit
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## 2. An welchen Krankheiten leiden Sie?

Auch behandelte Krankheiten und erfolgte Operationen angeben.

**Bitte unterstreichen:**

Mund, Nase, Rachen, Herz, Lungen, Magen, Darm, Leber, Niere, Nervensystem, Hirn, Psyche, Gelenke, Knochen, Muskel

Weitere \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 3. Fragen zur Tagesschläfrigkeit (Epworth-Schläfrigkeitsskala)

- 0 = würde nie einschlafen      2 = würde möglicherweise einschlafen  
1 = würde kaum einschlafen      3 = würde mit grosser Wahrscheinlichkeit einschlafen

**Wie leicht würden Sie in folgenden Situationen einschlafen?**

Situation	0	1	2	3
Sitzen und Lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzen an öffentlichen Orten (z. B. Theater, Sitzung, Vortrag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als Mitfahrer im Auto während einer Stunde ohne Halt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abliegen am Nachmittag, um auszuruhen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzen und mit jemandem sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhig sitzen nach einem Mittagessen ohne Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Auto, bei Stop im Verkehr während einiger Minuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ESS Score</b> (nicht ausfüllen)	_____	_____	_____	_____



#### 4. Fragen zum Schlaf und zur Gesundheit allgemein

Ihr heutiges Gewicht	kg	Ihre Körpergrösse	cm		
Ihr Gewicht vor 5 Jahren	kg	Ihre Kragenweite	cm		
				ja	nein
Rauchen Sie?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie regelmässig Alkohol?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Atemstillstände in der Nacht?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen Sie?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einen Unfall wegen Schläfrigkeit (Arbeit / Autofahren)?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie tagsüber müde?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Konzentrationsstörungen?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Einschlafstörungen?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Durchschlafstörungen?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Früherwachen?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wachen Sie morgens ausgeruht auf?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Bewegungsunruhe in den Beinen, Armen beim Einschlafen oder im Schlaf?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müssen Sie in der Nacht Wasser lösen?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie in der Nacht unter folgenden Beschwerden?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Atemnot				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erstickungsgefühl				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hustenanfälle				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schwierigkeiten, durch die Nase zu atmen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Angstträume				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schwitzen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herzklopfen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 5. Aufzeichnung

Start der Aufzeichnung (Datum / Uhrzeit) Einschlafzeitpunkt (Datum / Uhrzeit)

Ende der Aufzeichnung (Datum / Uhrzeit) Aufwachzeitpunkt (Datum / Uhrzeit)

Traten während der Aufzeichnung eine oder mehrere der folgenden Beschwerden auf?

**Bitte unterstreichen:** Herzklopfen, Atemnot, Atempausen, Husten

Weitere

#### 6. Befindlichkeit Maskentherapie

Falls Sie die Maskentherapie bereits nutzen:

	ja	nein
Schnarchen Sie noch und / oder haben Sie noch Atemaussetzer unter der Maske?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich am Morgen erholt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Mühe, am Tag wach zu bleiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Ihre Nase und / oder Mund trocken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fliesst Ihre Nase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihre Nase verstopft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Blähungen? Müssen Sie rülpsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passt Ihre Maske noch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mussten Sie jemals Ihre Maske plötzlich aus dem Schlaf ausziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Druckstellen von der Maske?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tritt Luft durch ein Leck in der Maske aus (entzündete Augen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwitzen Sie unter der Maske?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Platzangst oder Atemnot unter der Maske?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Hautausschlag von der Maske?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stört Sie oder Ihre/-n Partner/-in der Lärm der Maschine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>