

Name	
Geb.	
Email/Mobil	
Pat.Nr.	



PRAXIS DR. MED. TILL SCHRAG
 Internist • Pneumologe • Allergologie • Schlafmedizin
 Alte Saline 3 • 83435 Bad Reichenhall
 Tel. 08651 76800530 • E-Mail praxis@drschrage.de

Datum: _____

Anamnesebogen DMP-Kontrolle Asthma

Liebe, sehr geehrte Patientin - lieber, sehr geehrter Patient!
 Bitte beantworten Sie **alle nachstehenden Fragen** kurz **und** tragen Sie **Ihre Medikamente** ein, damit wir Ihren Zeitaufwand möglichst gering halten können. Benötigen Sie Hilfe, sprechen Sie uns bitte an!

Bitte die Praxis während der Behandlungen nicht verlassen. Vielen Dank

Dieser Fragebogen (ACT) ist sehr gut geeignet, die Behandlungsqualität des Asthma Bronchiale zu erfassen. Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, was derzeit am besten auf Sie zutrifft. Kreuzen Sie (X) in jeder Zeile bitte nur eine Möglichkeit an.

Bewertung					Punkte
Wie oft hat Ihr Asthma sie in den letzten vier Wochen daran gehindert, bei der Arbeit, in der Schule/im Studium oder zuhause soviel zu erledigen wie sonst?					
Immer	Meistens	Manchmal	Selten	nie	
1	2	3	4	5	
Wie oft haben sie in den letzten vier Wochen unter Kurzatmigkeit gelitten?					
Mehr als einmal am Tag	Einmal am Tag	Drei bis sechsmal pro Woche	Ein oder zweimal pro Woche	Überhaupt nicht	
1	2	3	4	5	
Wie oft sind Sie in den letzten vier Wochen wegen ihrer Asthmabeschwerden (Pfeifendes Atemgeräusch, Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust) nachts wach geworden oder morgens früher als gewöhnlich aufgewacht?					
Vier oder mehr Nächte pro Woche	Zwei oder drei Nächte pro Woche	Einmal pro Woche	Ein oder zweimal in den letzten vier Wochen	Überhaupt nicht	
1	2	3	4	5	
Wie oft haben Sie in den letzten vier Wochen im Notfallmedikament zur Inhalation eingesetzt?					
Dreimal am Tag oder öfter	Ein oder zweimal am Tag	Zwei oder dreimal pro Woche	Einmal pro Woche oder weniger	Überhaupt nicht	
1	2	3	4	5	
Wie gut hatten Sie in den letzten vier Wochen ihr Asthma unter Kontrolle?					
Überhaupt nicht	Schlecht	Einigermaßen	Gut	Völlig	
1	2	3	4	5	

Medikamente (Name, Dosierung, Einnahmezeit)	

Unterschrift: _____ **PROC:** _____

Name:	Einverständniserklärung (EE) Diagnostik	Praxis Dr. Till Schrag
Vorname:		Innere Medizin/Pneumologie
Pat.Nr.:		Alte Saline 3 83435 Bad Reichenhall

Einverständniserklärung Diagnostik

Laut Patientenrechtegesetz sind wir verpflichtet, Ihre schriftliche Einwilligung vor Durchführung einer invasiven Diagnostik einzuholen. Bitte lesen Sie dieses Dokument daher in Ruhe und gründlich durch und sprechen Sie uns an, wenn Sie Fragen haben.

Folgende Diagnostik wird als Routine in unserer Praxis durchgeführt:

1. **Lungenfunktionsprüfungen** (Bodyplethysmographie, Spiroergometrie, Messung der Atemmuskeldrücke, Messung der Diffusionskapazität).
Die Lungenfunktionsprüfungen sind ungefährlich, aber durchaus anstrengend. Jeder Patient erhält ein eigenes Mundstück. Darüber hinaus werden Einmal-Bakterienfilter im System verwendet. Eine Ansteckungsgefahr ist daher kaum gegeben. Durch intensives Atmen kann es zu Schwindel, Kribbeln und Krämpfen in den Händen kommen (Hyperventilation). Die Beschwerden klingen in der Regel schnell ab. Unverträglichkeitsreaktionen auf die Kunststoffe im Mundstück sind sehr selten.
2. **Bronchospasmolysetest** mit Salbutamol: Hierbei soll durch Inhalation des Medikaments Salbutamol eine Erweiterung der Bronchien erreicht werden. Dies kann zu Anstieg des Blutdrucks, Beschleunigung des Herzschlags und Herzklopfen führen, die sehr selten wenige Stunden anhalten können. Allergische Reaktionen auf das Medikament **sind äußerst selten**.
3. **Bronchialer Provokationstest in 4 Stufen** (Kochsalz, 0.05, 0.15 und 0.45 mg Metacholin): Dieser Test soll eine Verengung der Bronchien auslösen, um ein Asthma bronchiale nachzuweisen. Der Test wird sehr vorsichtig und stufenweise durchgeführt, die Lungenfunktion nach jeder Stufe kontrolliert.
4. Häufig kommt es zu Kratzen im Hals und Husten, seltener zu Atemnot, sehr selten zu einem schwereren Asthmaanfall (in dieser Praxis bislang noch nie). **Bitte teilen Sie Beschwerden dem Personal ggf. umgehend mit.**
5. **Allergietest:** Verschiedene Allergene werden in Tropfenform auf die Haut aufgetragen, die danach mit einer sterilen Lanzette angeritzt wird. Hierbei kann ein leichtes Pieksen verspürt werden. Die Hautreaktionen können unterschiedlich bis hin zu sehr stark auftreten, werden ggf. umgehend durch das Personal behandelt. In sehr seltenen Fällen können allergische Schockreaktionen auftreten, die ebenfalls sofort behandelt würden (in dieser Praxis bislang noch nie).
6. **Röntgen-Untersuchung des Brustkorbs:** Hierbei wird der Brustkorb mit einer strahlungsarmen Röntgen Anlage in 1-2 Ebenen durchleuchtet, das Bild digital aufgezeichnet und von Dr. Schrag am Monitor im Sprechzimmer befundet. Die Strahlungsbelastung ist sehr gering, entspricht bei einer Aufnahme etwa einem Transatlantikflug. Bei Kindern werden spezielle Kinderfilter gegen die Streustrahlung eingesetzt.

Hiermit erkläre ich mich mit der Durchführung der oben genannten Diagnostik einverstanden. Ich werde vor jedem Verfahren erneut nach meinem Einverständnis gefragt werden, kann dies jederzeit verweigern beziehungsweise Rückfragen stellen.

Alle vereinbarten Termine, insbesondere aber spezielle Untersuchungen wie z.B. Ergospirometrie (Belastungsuntersuchung), Polygrafie (Schlafgerät), Echokardiografie (Ultraschall des Herzens), Sonografie (Ultraschall) sowie Schulungen und Rauchentwöhnung müssen 24 Stunden vorher per Telefon, E-Mail oder Fax abgesagt werden, damit die Termine anderweitig vergeben werden können. Mir ist bekannt, dass der Umsatzausfall mir andernfalls oder bei unentschuldigtem Nichterscheinen in Rechnung gestellt werden kann, wenn der Termin nicht anderweitig vergeben werden konnte.

Unterschrift: _____ Datum: _____

Erstellt: PI	Geprüft: PI	Freigegeben: PI
Datum: 25.7.2014	Datum: 25.7.2014	Seite 1 von 1