

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?

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