

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 COPD**

**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 (CAT) ist sehr gut geeignet, die Behandlungsqualität der COPD 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.

Qualität 1	Bewertung						Qualität 2	Punkte
Ich huste nie	0	1	2	3	4	5	Ich huste ständig	
Ich bin überhaupt nicht verschleimt	0	1	2	3	4	5	Ich bin völlig verschleimt	
Ich spüre keinerlei Engegefühl in der Brust	0	1	2	3	4	5	Ich spüre ein sehr starkes Engegefühl in der Brust	
Wenn ich bergauf oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich nicht außer Atem	0	1	2	3	4	5	Wenn ich bergauf oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich sehr außer Atem	
Ich bin bei meinen häuslichen Aktivitäten nicht eingeschränkt	0	1	2	3	4	5	Ich bin bei meinen häuslichen Aktivitäten sehr stark eingeschränkt	
Ich habe keine Bedenken, trotz meiner Lungenerkrankung das Haus zu verlassen	0	1	2	3	4	5	Ich habe wegen meiner Lungenerkrankung große Bedenken, das Haus zu verlassen	
Ich schlafe tief und fest	0	1	2	3	4	5	Wegen meiner Lungenerkrankung schlafe ich nicht tief und fest	
Ich bin voller Energie	0	1	2	3	4	5	Ich habe überhaupt keine Energie	
							<b>Summe:</b>	

<b>Medikamente</b> (Name, Dosierung, Einnahmezeit)	

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**PROG:**

Name:	<b>Einverständniserklärung (EE) Diagnostik</b>	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