

## Dokumentationsbogen

Name, Vorname des Patienten:			
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> diverse
Alter:	_____ Jahre		
Größe:	_____ cm		
Gewicht:	_____ kg		
Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sind Sie länger als 3 Jahre Nichtraucher?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Müssen Sie häufig husten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie Husten mit Auswurf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sind Sie kurzatmig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja,	<input type="checkbox"/> bei starker körperlicher Anstrengung <input type="checkbox"/> bei schnellem Gehen oder auf ansteigendem Weg <input type="checkbox"/> nach dem Gehen von ca. 100 m oder nach mehrminütigem Gehen auf ebenem Gelände <input type="checkbox"/> beim normalen Gehen mit anderen Personen gleichen Alters <input type="checkbox"/> beim An- und Auskleiden		
Leiden Sie auch im Ruhezustand an Atembeschwerden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie im letzten Jahr ein Spray gegen Atembeschwerden benutzt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Hatten Sie früher schon einmal eine Atemwegs- oder Lungenerkrankung, die längere Zeit anhielt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Leiden Sie unter einer Atemwegs- oder Lungenerkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

### Spirometrie

FEV1 – Wert = _____
---------------------