

Anamnesebogen Interstitielle Lungenerkrankungen



Sie sind zur Abklärung bei Verdacht auf eine interstitielle Lungenerkrankung vorstellig geworden. Um Ihnen eine bestmögliche Versorgung bieten zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen vorab zu beantworten:

Wann haben die Atembeschwerden begonnen?	Datum:													
Wie war der Beginn? (bitte ankreuzen):	☐ plötzlich ☐ langsam schleichend													
Wann und wo wurde das erste Mal ein CT der Lunge gemacht?	Ort: Datum:													
Wie sehr fühlen Sie sich momentan durch die Atemsituation eingeschränkt?	<table><tr><td>GAR NICHT</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>SEHR STARK</td></tr></table>	GAR NICHT	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SEHR STARK
GAR NICHT	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SEHR STARK		
Wie stark ist die Luftnot aktuell meistens in Ruhe?	<table><tr><td>GAR NICHT</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>SEHR STARK</td></tr></table>	GAR NICHT	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SEHR STARK
GAR NICHT	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SEHR STARK		
Wie stark ist die Luftnot meistens bei Belastung (z.B. Spazierengehen auf der Ebene)?	<table><tr><td>GAR NICHT</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>SEHR STARK</td></tr></table>	GAR NICHT	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SEHR STARK
GAR NICHT	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SEHR STARK		
Wie stark ist Ihr Husten aktuell?	<table><tr><td>GAR NICHT</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>SEHR STARK</td></tr></table>	GAR NICHT	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SEHR STARK
GAR NICHT	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SEHR STARK		
Wie viele Stockwerke können Sie über Treppen ohne Pause durch Luftnot zurücklegen?														
Haben Sie eine Verschlechterung der Atemsituation bei/nach besonderen Tätigkeiten (unabhängig von der Anstrengung) beobachtet?	☐ ja (in folgenden Situationen:) ☐ nein													
Haben Sie ungewöhnlich früh überwiegend graue Haare bekommen (vor dem 30. Lebensjahr)?	☐ ja ☐ nein													
Hat jemand in der blutsverwandten Familie (Eltern, Geschwister, Onkel, Tanten, ...) eine Lungenfibrose?	☐ ja (wer:) ☐ nein													

Bitte kreuzen Sie an, welche Beschwerden Sie wie häufig haben:

	immer	täglich	manchmal
Atemnot in Ruhe			
Atemnot bei körperlicher Anstrengung (bergauf gehen)			
Plötzliche anfallsartige Atemnot			
Trockener Husten			
Husten mit Auswurf			
Husten mit blutigem Auswurf			
Fieberschübe, grippeartige Beschwerden			
Verschlechterung der Atmung bei Kontakt mit speziellen Stäuben, Tieren, Pflanzen			
Besserung der Beschwerden im Urlaub, am Wochenende, bei Besuch an einem anderen Ort			
Sodbrennen, Aufstoßen			
Nachtschweiß			
Ungewollter Gewichtsverlust			
Kurzzeitige Verfärbung der Finger (weiß oder bläulich) - "Raynaud Phänomen"			
Muskelschmerzen			
Trockene Augen/ trockener Mund			
Gelenksschwellungen			
Gelenkschmerzen			

Welche Krankheiten sind bei Ihnen bekannt:

Herzschwäche/Herzinsuffizienz/Stent oder Bypass am Herz	☐ ja ☐ nein
Entzündliche rheumatische Erkrankung	☐ ja (und zwar:) ☐ nein
Lungenerkrankung	☐ ja (und zwar:) ☐ nein
Hautveränderungen	☐ ja (und zwar:) ☐ nein
Eine Berufserkrankung	☐ ja (und zwar:) ☐ nein
Krebserkrankung (aktuell oder in der Vergangenheit)	☐ ja (und zwar:) ☐ nein
Wenn ja: Haben Sie eine Chemo- oder Immuntherapie erhalten?	☐ ja (und zwar: Datum:) ☐ nein
Haben Sie jemals eine Strahlentherapie am Brustkorb erhalten?	☐ ja (Datum:) ☐ nein

Angaben zum Nikotinkonsum:



von (Jahr)	bis (Jahr)	Was (Zigaretten/Pfeife/E-Zigaretten/...)	Anzahl Stück tägl.	Dauer in Jahren

Halten/Hielten Sie sich oft in geschlossenen Räumen auf, wo geraucht wird/wurde?

☐ ja ☐ nein

Angaben zum Beruf:

von – bis	Tätigkeit	Besonderer Kontakt, Stäube...

Betreiben Sie spezielle Hobbies oder Tätigkeiten in der Freizeit (z.B. Holzbearbeitung, Basteln, Malen, Lackieren, Schweißen, Löten, Züchten von Pflanzen, Pilzen, Tieren in Räumen, Musizieren, Feuerwehr, Feuerschlucker...)?

Haben Sie regelmäßig Kontakt zu folgenden Geräten/ Einrichtungen in Ihrem Wohnbereich oder am Arbeitsplatz:

Luftbefeuchter, Zimmerbrunnen	☐ ja ☐ nein	Silage	☐ ja ☐ nein
Klimaanlage	☐ ja ☐ nein	Vogelkäfig/Voliere/Taubenschlag/Hühnerstall	☐ ja ☐ nein
Whirlpool, Innen-Pool	☐ ja ☐ nein	Daunendecken/Federbetten	☐ ja ☐ nein
Gewächshaus	☐ ja ☐ nein	Feuchte Stellen oder Schimmel im Gebäude (z. B. auch im Keller!)	☐ ja ☐ nein

Bitte geben Sie eine Medikamentenliste ab oder schreiben Sie alle Medikamente auf, die Sie momentan einnehmen (auch pflanzliche Mittel, traditionelle chinesische Medizin etc.)

Für die*den zuweisenden Ärzt*in:

Welche Genese der ILD besteht Ihrer Einschätzung nach? ☐ Idiopathisch ☐ Autoimmun ☐ Expositionsassoziiert ☐ Andere

Anmerkungen:

Wann wurde der Verdacht auf ILD erstmals von Ihnen geäußert?

Haben Sie in der Auskultation inspiratorisches Knistern gehört? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie auffällige Autoimmunserologien erhoben bzw. sind Ihnen diese bekannt? ☐ ja ☐ nein

Ist Ihnen eine auffällige berufliche oder private Exposition Ihres*r Patient*in bekannt (beruflich, privat)? ☐ ja ☐ nein

Bitte übermitteln Sie schon im Vorfeld CT-Thorax-Bilder an die Spezialambulanz!