

Leiden sie unter **Atemnot?**

NEIN

JA anfallsartig (auch in Ruhe)

JA - Nur bei BELASTUNG und zwar:

Atemnot bei körperlich schwerer Anstrengung (mMRC-Grad 0)

Atemnot bei schnellem Gehen oder leichten Anstiegen (mMRC-Grad 1)

Atemnot bei langsamerem Gehen als Gleichaltrige (mMRC-Grad 2)

Atemnot bei einer Gehstrecke von circa 100 m (mMRC-Grad 3)

Atemnot beim An-/Ausziehen (mMRC-Grad 4)

Ist **Asthma** bei Ihnen bekannt?

NEIN

JA : Bitte ankreuzen (ACT)

1 Wie oft hat Ihr Asthma Sie in den letzten 4 Wochen daran gehindert, bei der Arbeit, in der Schule/im Studium oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst?

Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit gelitten?

Mehr als einmal am Tag	Einmal am Tag	3 bis 6 Mal pro Woche	Ein- oder zweimal pro Woche	Überhaupt nicht
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3 Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Asthmaprobleme (pfeifendes Atemgeräusch, Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust) nachts wach geworden oder morgens früher als gewöhnlich aufgewacht?

4 oder mehr Nächte pro Woche	2 oder 3 Nächte pro Woche	Einmal pro Woche	Ein- oder zweimal in den letzten 4 Wochen	Überhaupt nicht
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

4 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallmedikament zur Inhalation eingesetzt?

3 Mal am Tag oder öfter	1 oder 2 Mal am Tag	2 oder 3 Mal pro Woche	Einmal pro Woche oder weniger	Überhaupt nicht
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5 Wie gut hatten Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Asthma unter Kontrolle?

Überhaupt nicht	Schlecht	Einigermaßen	Gut	Völlig
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Leiden Sie an/vermutet man bei Ihnen **Schlafapnoen?**

NEIN

JA Falls JA : Bitte ankreuzen (ESS)

0 = würde nie einschlafen

1 = geringe Wahrscheinlichkeit des Einschlafens

2 = mäßige Wahrscheinlichkeit des Einschlafens

3 = hohe Wahrscheinlichkeit des Einschlafens

Im Sitzen während des Lesens	0 / 1 / 2 / 3
Während des Fernsehens	0 / 1 / 2 / 3
Im Sitzen an einem öffentlichen Ort (Kino, Meeting etc.)	0 / 1 / 2 / 3
Während einer einstündigen Autofahrt als Beifahrer (ohne Pause)	0 / 1 / 2 / 3
Sich im Liegen ausruhen	0 / 1 / 2 / 3
Im Sitzen während einer Unterhaltung	0 / 1 / 2 / 3
Im Sitzen nach dem Essen (ohne Konsum von Alkohol)	0 / 1 / 2 / 3

Ist "**COPD / Chronische Raucherbronchitis / Emphysem**" bei Ihnen bekannt?

NEIN

JA

Falls JA :
Bitte ankreuzen
(CAT)

Ich huste nie.	0	1	2	3	4	5	Ich huste immer.
Ich habe keinerlei Schleim im meiner Brust.	0	1	2	3	4	5	Meine Brust ist vollkommen mit Schleim gefüllt.
Ich spüre keinerlei Engegefühl im Brustbereich.	0	1	2	3	4	5	Ich spüre ein sehr starkes Engegefühl im Brustbereich.
Wenn ich einen flachen Hügel oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich nicht ausser Atem.	0	1	2	3	4	5	Wenn ich einen flachen Hügel oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich sehr ausser Atem.
Meine Aktivitäten zu Hause sind nicht eingeschränkt.	0	1	2	3	4	5	Meine Aktivitäten zu Hause sind sehr 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 gut.	0	1	2	3	4	5	Wegen meiner Lungenerkrankung schlafe ich schlecht.
Ich habe viel Energie.	0	1	2	3	4	5	Ich habe überhaupt keine Energie.