

Name:

Vorname:

Geb. Datum

PRAXIS LÜTZKENDORF

Fragebogen interstitielle Lungenerkrankung

Mit diesem Fragebogen möchten wir versuchen, die Ursache Ihrer Lungen- und Atemwegserkrankung zu ermitteln. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig und ausführlich bzw. kreuzen Sie die jeweils zutreffende Aussage in dem entsprechenden Kästchen an (auch verneinende Fragen). Sollten Sie Schwierigkeiten bei der Beantwortung einer Frage haben, markieren Sie diese mit einem Fragezeichen und sprechen Sie darüber mit uns bei Ihrem nächsten Besuch!

A. Lungen- und Atemwegserkrankungen in der Vorgeschichte

Bei allen Fragen unter Abschnitt E interessiert mich auch Ihre Kindheit, bitte fragen Sie daher Ihre Eltern oder Geschwister (Zutreffendes unterstreichen!)

Hatten Sie jemals folgende Krankheiten oder Beschwerden der Lunge oder Atemwege	ja	nein	weiß nicht
Nasennebenhöhlen, behinderte Nasenatmung, „Stockschnupfen“, Fließschnupfen			
häufige Mandelentzündungen, häufige Heiserkeit			
bronchitische Beschwerden, häufiger Husten und Auswurf			
Bronchiektasen (Erweiterung der Bronchien) falls ja, seit wann: -----			
Emphysebronchitis falls ja, seit wann:			
Lungenemphysem (Lungenblähung, zu hoher Luftgehalt der Lunge) falls ja, seit wann:			
Heuschnupfen, Augentränen, Milchschorf falls ja, seit wann:			
Asthma bronchiale, falls ja, seit wann:			
Rippenfellentzündung falls ja, wann:			
Lungenentzündung (Pneumonie) falls ja, wann:			
Lungen-Verschattung (Röntgen) falls ja, wann:			
Lungen-Tuberkulose falls ja, wann:			
Morbus Boeck (Sarkoidose) falls ja, seit wann:			
Vogelhalterlunge, Farmerlunge, Befeuchterlunge (Exogen Allergische Alveolitis) falls ja, seit wann:			
Staublunge (Silikose) falls ja, seit wann:			
Herzasthma falls ja, seit wann:			
Lungenembolie falls ja, wann:			
Krebs falls ja, seit wann:			
Sonstige: falls ja, seit wann:			
Mussten Sie jemals künstlich beatmet werden (z. B. nach einem Unfall, einer Operation)? falls ja, wann:			

B. Sonstige Beschwerden und Erkrankungen in der Vorgeschichte (außer Lungen- und Atemwegen)

Bestehen oder bestanden bei Ihnen jemals die folgenden Beschwerden bzw. Erkrankungen folgender Organe (Zutreffendes unterstreichen!)

	ja	nein	weiß nicht
Kreislauf-/Durchblutungsstörungen, kalte oder schmerzhafte Füße/Hände, Absterben der Finger			
Bluthochdruck, Blutniederdruck, Schlaganfall			
Herzinfarkt, Angina pectoris (Brustenge), Herzschwäche			
Herzmuskelentzündung, Herzfehler, Herzstolpern, Herzjagen			
Wasser in den Beinen, dicke Knöchel, geschwollene Augenlider, nächtliches Wasserlassen			
rheumatologische Erkrankung			
anerkannte Berufskrankheiten falls ja, welche?			
Allergie: Überempfindlichkeitsreaktionen falls ja, hervorgerufen durch			
Nahrungsmittel (welche?):			
Medikamente, Chemikalien oder Kosmetika (welche?):			
Metalle und Textilien (Modeschmuck, Uhren, Knöpfe) (welche?):			
Hausstaub, Insektenstiche, Tiere, Pollen (welche?):			
sonstige Stoffe (welche?):			

C. Familie

Um ein gehäuftes Auftreten bestimmter Erkrankungen in der Familie zu ermitteln, erkundigen Sie sich bitte, welche der folgenden Erkrankungen bei Ihren Eltern, Geschwistern und Großeltern vorliegen bzw. vorlagen (falls zutreffend Verwandtschaftsgrad und Art der Beschwerden angeben).

	ja	nein	weiß nicht
Lungen- oder Atemwegsbeschwerden wie bei Ihnen welche: _____ bei wem: _____			
Lungen-Tbc, Rippenfellentzündung welche: _____ bei wem: _____			
chron. Bronchitis, Lungenemphysem welche: _____ bei wem: _____			
Asthma bronchiale welche: _____ bei wem: _____			
Lungenfibrose (Lungengerüsterkrankung) welche: _____ bei wem: _____			
Vogelhalterlunge, Farmerlunge welche: _____ bei wem: _____			
Allergien (Milchschorf, Nesselsucht, Heufieber, Heuschnupfen, Hautausschlag) welche: _____ bei wem: _____			
Herz- oder Kreislauferkrankungen (Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzschlag, schwaches Herz, Schlaganfall) welche: _____ bei wem: _____			
Sind in Ihrer Verwandtschaft rheumatische Erkrankungen und Kollagenosen bekannt (z. B. Gelenkrheuma, allergische Hautreaktionen, Heuschnupfen u. a.) welche: _____ bei wem: _____			
Gab es (bzw. gibt es) in Ihrer Familie Erkrankungen an Tumoren, Krebs, Zuckerkrankheit, Geisteskrankheit welche: _____ bei wem: _____			

D. Wohnung

In diesem Abschnitt möchte ich versuchen, evtl. Schädigungsquellen in Ihrer jetzigen Wohnung aufzudecken.

In der Wohnung, die ich seit _____ bewohne, sind:	ja	nein	weiß nicht
großflächige Holzverkleidungen der Innenräume			
feuchte Wohn- und/oder Kellerräume (z.B nach Hochwasser)			
Stockflecken an den Wänden, Salpeterausblühungen am Putz			
ein Wintergarten oder viele Pflanzen (auch Hydrokultur)			
Klimaanlage			
Traf einer der Punkte 121 bis 125 für frühere Wohnungen zu? falls ja, welche:			

E. Umgebung

Ich möchte Schädigungsmöglichkeiten in der nächsten Nähe Ihrer Wohnung/ Arbeitsplatzes erfahren. Gibt es:

	ja	nein	weiß nicht
viel Feuchtigkeit (Sumpfbereich, Fluss?)			
Landwirtschaft (Viehställe, Komposthaufen, Getreidefelder, Getreidesilos)			
Fäkaliengruben, Abwässer			
Gewerbe mit Luftverunreinigung (chem. Industrie, Gerberei, Zementwerke, Asbest, Kunststoffindustrie)			
Traf einer der Punkte in einer früheren Wohnung bzw. Arbeitsstätte zu? falls ja, welche:			

F. Arbeit und Beruf

	ja	nein
Sind oder waren Sie berufstätig? falls nicht, bitte mit Abschnitt L. fortfahren		

Bei Ihrer beruflichen Tätigkeit auftretende Schadstoffe können gelegentlich erst nach Jahrzehnten Lungenveränderungen bewirken. In diesem Abschnitt sollen die Arbeitsplätze, an denen Sie beschäftigt sind oder waren genau beschrieben werden. Um exakte Informationen zu bekommen, bitte ich um umfassende Angaben (ggf. Betriebsrat und Kollegen fragen). Bitte beginnen Sie mit der heutigen Arbeitsstelle und beschreiben Sie alle Arbeitsstellen nacheinander bis zur Lehrzeit (bitte Wehrdienstzeiten etc. angeben)

	Jetziger Arbeitsplatz		frühere Arbeitsplätze	
	von	bis	von	bis
Beschäftigungszeit				
Firma				
Branche				
Tätigkeit				
Genauere Beschreibung der Tätigkeit				
Arbeitsraum (Größe, Höhe, Fenster, Raumteiler, Belüftung)				
Arbeitsplatz (Beschaffenheit und Schutzvorkehrungen)				
Arbeitsmaterial und Hilfsmittel				
Werkzeuge				
Persönliche Schutzvorkehrungen				
Arbeitssicherheitsuntersuchungen				
Körperliche Belastung und Körperhaltung				
Temperatur und Feuchtigkeit am Arbeitsplatz				
Belastung durch Stäube, Dämpfe, Rauch, Gerüche am eigenen Arbeitsplatz				
Belastung durch Stäube, Dämpfe, Rauch, Geruch an benachbarten Arbeitsplätzen				

	ja	nein	weiß nicht
Haben sie jemals bei einer beruflichen Tätigkeit oder dem Umgang mit bestimmten Stoffen Beschwerden gehabt (Atemnot, Husten, Übelkeit, Kopfschmerzen, Niesanfalle, Augentränen, allergische Erscheinungen oder andere Beschwerden)? falls ja, welche und an welchen der unter o.g. Frage beschriebenen Arbeitsplätzen Nr.: Nr.:			
Haben Sie Stunden nach Beendigung der Arbeit (z. B. am Abend oder in der Nacht) Beschwerden (Atemnot, Husten, Fieber, Schüttelfrost, Übelkeit)? falls ja, welche und an welchen der unter o.g. Frage beschriebenen Arbeitsplätzen Nr.: Nr.:			
Haben Arbeitskollegen ähnliche Beschwerden wie Sie? falls ja, welche und an welchen der unter o.g. Frage beschriebenen Arbeitsplätzen arbeiten diese Kollegen Nr.: Nr.:			

G. Umgang mit Tieren/Landwirtschaftliche Kontakte

Die Vogelhalterlunge wird manchmal nicht erkannt, da Beschwerden erst nach Stunden auftreten. Bitte geben Sie auch gelegentliche Tierkontakte an.

	ja	nein	weiß nicht
Haben oder hatten Sie Kontakt zu Vögeln? falls ja, zu welchen Vogelarten in welcher Umgebung (Wohnung, Nachbarschaft) gelegentlich _____ ständig _____ seit wann _____ bis wann _____			
Haben Sie unmittelbar bei Kontakt mit Vögeln Beschwerden oder eine Beschwerdezunahme (Atemnot, Husten, Niesanfalle, Augentränen) beobachtet? falls ja, welche _____			

Haben Sie Stunden nach dem Kontakt mit Vögeln Beschwerden oder eine Beschwerdezunahme beobachtet (Atemnot, Husten, Fieber, Schüttelfrost, Übelkeit)? falls ja, welche _____			
Haben Sie Zierfische oder züchten Sie Fische falls ja, bekommen Sie dabei Atembeschwerden?			
Haben oder hatten Sie Kontakt mit anderen Tieren? falls ja, mit welchen regelmäßig _____ oder gelegentlich _____			
Haben Sie <i>unmittelbar</i> bei Kontakt mit den genannten Tieren Beschwerden oder eine Beschwerdezunahme beobachtet? falls ja, welche _____			
Haben Sie Stunden nach dem Kontakt mit den genannten Tieren Beschwerden oder eine Beschwerdezunahme beobachtet? falls ja, welche _____			
Haben oder hatten Sie <i>jemals</i> Kontakt zur Landwirtschaft? falls ja, dort tätig? Dauer: von: _____ bis: _____			
dort wohnhaft? Dauer: von: _____ bis: _____			
nur gelegentlich _____			
Haben Sie <i>unmittelbar</i> bei Aufenthalt im landw. Bereich Beschwerden oder eine Beschwerdezunahme beobachtet? falls ja, welche _____			
Haben Sie Stunden nach dem Aufenthalt im landw. Bereich Beschwerden oder eine Beschwerdezunahme beobachtet? falls ja, welche _____			

H. Reisen, Freizeit, Nebenbeschäftigung, Haushalt

	ja	nein	weiß nicht
Haben Sie jemals Fernreisen unternommen? falls ja, wann und wohin _____			
Haben oder hatten Sie bestimmte Freizeit- oder Nebenbeschäftigungen bei denen Stäube, Gase, Gerüche und Dämpfe entstehen, die Sie <i>besonders häufig</i> ausüben? Einige Möglichkeiten führe ich im Folgenden auf. Bitte nehmen Sie Ergänzungen vor, wenn Ihr spezielles Hobby nicht dabei ist.			
Be- oder Verarbeitung von asbesthaltigen Materialien (Fulgurit/Eternit)			
Maler- und Tapezierarbeiten			
Gartenarbeiten mit Düngemitteln, Torf und Spritzmitteln			
Arbeiten in Treibhäusern			
Betreiben einer Pilzzucht			
Aufenthalt im Wochenendhaus, Zelt und Wohnwagen in feuchter Umgebung			
Modellbau			
Arbeiten mit Lacken und Lösungsmitteln (Isoliermittel)			
Arbeiten in Dunkelkammern			
Holzverarbeitung			
Kunststoffbe- und verarbeitung (Kunsthharze, Zweikomponentenkleber)			
Metallbe- und verarbeitung (Schweiß-, Schleif- und Lackierarbeiten)			
Übungen/Einsatz bei Feuerwehr			
Sonstiges _____			
Haben Sie bei oder Stunden nach den unter Frage 149 genannten Beschäftigungen Beschwerden oder eine Beschwerdezunahme beobachtet?			
Benutzen Sie folgende Mittel besonders häufig bzw. in größeren Mengen? (Zutreffendes unterstreichen!)			
Sprays jeglicher Art (Haarspray, Insektenspray, Farbenspray, Schuh- und Lederspray, Imprägnierspray)			
Putzmittel (Abflussreiniger, WC-Reiniger)			
Waschpulver, Weichspüler			
Lacke, Terpentin, Lösungsmittel			
Handelsdünger, Spritzmittel (Schädlingsbekämpfungsmittel)			
Sonstige (Bitte geben Sie alle verwendeten Mittel an, die Gase, Gerüche, Dämpfe oder Stäube entwickeln)			
Haben Sie bei oder Stunden nach Benutzung der unter Frage 151 genannten Mittel Beschwerden oder eine Beschwerdezunahme beobachtet? falls ja, welche _____ Tätigkeit-Nr. _____			
Haben Sie zu Hause oder im Beruf Kontakt mit der Arbeitskleidung anderer Personen? falls ja, welche _____			
Sonstige Angaben:			