

## Fragebogen - Erkrankungen der Atmungsorgane

### Kunde

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	eMail	<input type="text"/>
Kundennummer	<input type="text"/>	Antragsnummer	<input type="text"/>

Die anhand dieses Dokuments eingeholten Informationen werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem standesrechtlichen Berufsgeheimnis. Bitte zutreffende Antworten ankreuzen und gegebenenfalls mit näheren Angaben bzw. Daten ergänzen.  
**Es ist nicht nötig, die Patientin oder den Patienten dazu aufzubieten.**

Körpergrösse:  cm      Gewicht:  kg      Datum:

Blutdruck:  mmHg systolisch /  mmHg diastolisch      Datum:

Raucher/Raucherin:  Nein  Ja      Falls ja, was?       Anzahl/Tag?       E-Zigaretten:  Nein  Ja

Hat früher geraucht:  Nein  Ja      Seit wann nicht mehr?

### Diagnose:

	Nein	Ja	Ursache	Datum
<b>Asthma:</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Häufigkeit der Symptome:	<input type="radio"/> < 2 Tage/Wo <input type="radio"/> > 2 Tage/Wo, aber nicht täglich <input type="radio"/> täglich <input type="radio"/> andauernd			
Datum des letzten Anfalls:	<input type="text"/>			
Allergisch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<b>Chronische Bronchitis:</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Allergische Rhinitis:</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Chronisch-obstruktive Lungenkrankheit (COPD):</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Emphysem:</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Tuberkulose:</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> pulmonal <input type="radio"/> extrapulmonal	<input type="text"/>
<b>Bronchiektasie:</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Schlafapnoe:</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> obstruktiv <input type="radio"/> zentral	<input type="text"/>
	<input type="radio"/> nicht behandelt <input type="radio"/> behandelt, wie: <input type="text"/>			
<b>Compliance:</b>	<input type="text"/> Seit wann (Monat/Jahr)? <input type="text"/>			
	AHI zum Zeitpunkt der Diagnose: <input type="text"/> AHI während der Behandlung: <input type="text"/>			
	Sauerstoffentsättigung während des Schlafs: <input type="text"/> Bei der Diagnose: <input type="text"/>			
	Während der Behandlung: <input type="text"/>			
<b>Sonstiges:</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Laufende Behandlung?

Nein  Ja

Bitte alle Therapien angeben

Welche?  
(Namen der Medikamente und  
Dosierung angeben)

Seit wann?

(Monat/Jahr)

Steroide

Dosierung?

Während wie vielen Wochen in den letzten 24 Monaten?

Chirurgische Behandlung

Datum des Eingriffs:

Sonstiges

Welche:

Falls unterbrochen, bitte die Gründe und  
den Zeitpunkt darlegen:

## In den letzten 12 Monaten durchgeführte Untersuchungen:

Röntgen-Thorax (Lungen)

Lungenfunktionstests

Sonstiges:

Welche:

Ergebnisse:

Datum:

## Symptome:

leicht/geringfügig  mittelschwer  schwer

Nähere Angaben:

Welche:

Häufigkeit:

Dyspnoe:

Nein  Ja  in Ruhelage  bei moderater Anstrengung

bei starker Anstrengung

Nähere Angaben:

FEV1 oder PEF – % des Sollwerts:

## Arbeitsunfähigkeit infolge Atembeschwerden?

Nein  Ja

Falls ja, wann:

Dauer:

Prozent:

## Hospitalisierung infolge Atembeschwerden?

Nein  Ja

Falls ja, wann:

Dauer:

Begründung:

Komplikationen:

nein  ja

Welche:

## Andere bekannte Krankheiten oder Therapien?

Welche Krankheiten?

Welche Therapie?

Seit wann?

(Monat/Jahr)

Gründe:

## Weitere Kommentare:

Bitte legen Sie Kopien allfälliger Spezialuntersuchungen sowie die Ergebnisse und Referenzwerte aller Laborbefunde bei.

Arzt/Ärztin

Telefon

Fax

eMail

Datum

### Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an den ärztlichen Dienst der Mobiliar.