

ILD Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen besteht der Verdacht auf eine Erkrankung des Lungenstützgewebes oder der Lungenbläschen, d.h. eine sog. interstitielle Lungenerkrankung (ILD) oder eine andere seltene Lungenerkrankung. Es gibt hierbei vielfältige, teilweise sehr verschiedene Ursachen. Deshalb ist eine sehr gründliche Suche nach auslösenden Faktoren wichtig.

Die ausführliche Beantwortung der u.a. Fragen hilft Ihnen und uns, die richtige Diagnose zu stellen. Auch wenn die Diagnose der Lungenerkrankung schon bekannt ist, hilft uns dieser Fragebogen, um zu verstehen, welche Untersuchungen bzw. Therapien bereits erfolgt sind.

Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit, diese Fragen sorgfältig und vollständig zu beantworten. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Angaben streng vertraulich.

Sollten Sie Schwierigkeiten bei der Beantwortung einer Frage haben, markieren Sie diese bitte mit einem Fragezeichen und sprechen Sie uns gerne an.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit !

Name:
Vorname:
geb.:

Feld für Adressaufkleber

1. Wie bewerten Sie Ihren Gesundheitszustand in den letzten 3 Monaten? (bitte markieren)

eher schlecht | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | sehr gut

2. Fragen zu Ihrer aktuellen Erkrankung, die zu der Verdachtsdiagnose „interstitielle Lungenerkrankung“ geführt hat

2.1 Was ist Ihrer persönlichen Meinung nach die Ursache Ihrer aktuellen Lungenerkrankung?

2.2 Wann haben Sie die ersten Beschwerden bemerkt?

Vor _____ Wochen / _____ Monaten / _____ Jahren

2.3 Mit welchen Beschwerden hat die Erkrankung begonnen? (bitte Zutreffendes ankreuzen)

	nein	ja
Reizhusten		
Husten mit Auswurf		
Luftnot bei Belastung		
Anfallsartige Luftnot		
Ständige Luftnot auch schon in Ruhe		
Fieberhafter Infekt der Atemwege / Lungenentzündung / grippale Beschwerden		
Weiteres		

2.4 Welche Beschwerden haben Sie bis heute? (bitte Zutreffendes ankreuzen)

	nein	Weiterhin, aber gebessert	Weiterhin und gleich geblieben	Weiterhin, aber verschlechtert
Reizhusten				
Husten mit Auswurf				
Luftnot bei Belastung				
Anfallsartige Luftnot				
Ständig Luftnot auch schon in Ruhe				
Fieberhafte Infekte der Atemwege				
Grippeähnliche Beschwerden				
Weiteres				

2.5 Wie sehr schränkt Sie aktuell die Luftnot ein? (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Ich habe keine Luftnot	
Ich habe keine Luftnot außer bei sehr starker Belastung	
Ich habe Luftnot, wenn ich in der Ebene rasch gehe oder Bergauf gehe	
Ich gehe langsamer als Menschen meines Alters bzw. ich kann nicht mehr so rasch gehen, wie ich es gewohnt bin	
Ich bleibe häufig stehen	
Ich habe ständig Luftnot	
Ich bin zu atemlos, um das Haus zu verlassen	
Ich bin zu atemlos, um mich anzuziehen oder zu waschen	

2.6 Weitere Angaben, falls Sie an Luftnot leiden (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Meine Luftnot hat plötzlich begonnen	
Meine Luftnot hat langsam begonnen und sich allmählich verschlechtert	
Meine Luftnot verschlechtert sich durch Kälte / Nässe	
Meine Luftnot verschlechtert sich durch Wärme / schwüles Wetter	
Meine Luftnot verschlechtert sich nach Umgang mit Tieren. Wenn ja welche:	
Meine Luftnot verschlechtert sich zu Hause	
Meine Luftnot verschlechtert sich bei der Arbeit. Wenn ja welche:	
Meine Luftnot ist unabhängig von den Jahreszeiten	
Wenn ich tief einatme, muss ich husten	
Ich habe vor allem nachts Luftnot	
Ich habe vor allem morgens Luftnot	
Meine Luftnot steigert sich im Verlauf des Tages	
Ich habe in der Woche stärkere Luftnot als am Wochenende	

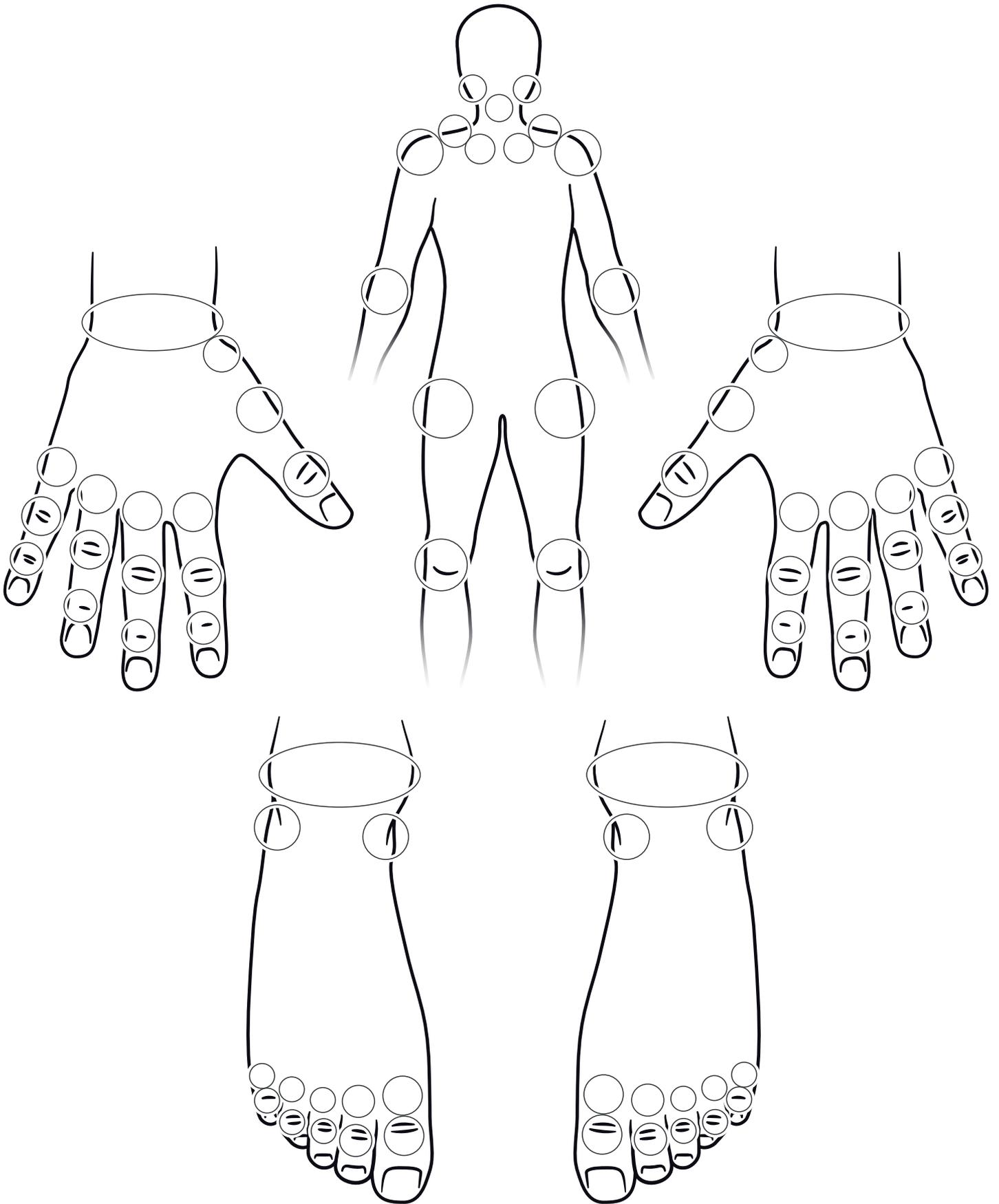
2.7 Weitere Angaben, falls Sie an Husten leiden (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Ich habe keinen Husten	
Ich muss husten, wenn ich Luftnot habe	
Ich muss husten, wenn ich tief einatme	
Ich muss husten, wenn ich mich körperlich anstrenge	
Ich huste gelegentlich	
Ich huste häufig	
Ich huste vor allem morgens	
Ich huste nachts	
Ich habe schwere Hustenattacken	
Ich habe keinen Auswurf	
Ich habe weißlich-hellen Auswurf	
Ich habe gelblich-grünlichen Auswurf	
Ich habe Blut im Auswurf (sog. Bluthusten / Hämoptysen)	

2.8 Welche anderen Beschwerden / Symptome haben Sie? (bitte ankreuzen)

Ungewollter Gewichtsverlust (mehr als 10% des Ausgangsgewichts in den letzten 6 Monaten)		
Fieber (mehr als 38°C)		
Nachtschweiß mit Wechsel von Nachthemd oder Wäsche		
Leistungsknick, Müdigkeit, Abgeschlagenheit		
Lymphknotenschwellungen		
Hautveränderungen / Ausschläge		
Lichtempfindliche Haut		
Schleimhautveränderungen oder Geschwüre im Mund		
Schluckstörungen		
Sodbrennen		
Brustschmerz / Engegefühl in der Brust		
Wassereinlagerungen in den Beinen		
Haben Sie Gelenkschmerzen?		
Falls Sie Gelenkschmerzen haben, treten diese eher in Ruhe oder	
	... bei Belastung / Bewegung auf?	
Wie stark waren die Gelenkschmerzen in der letzten Woche auf einer Skala von 0-10? (bitte markieren)		
eher schlecht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr gut		
Betreffen die Schmerzen ... (bitte auch den Ort der Schmerzen in der Graphik auf Seite 5 markieren)	... mehr die großen Gelenke (Schulter, Knie, Hüfte) oder	
	... mehr die kleinen Gelenken (Hand- Fingergelenke, Zehengelenke)?	
Sind die betroffenen Gelenke morgens besonders steif?		
Falls ja, in welcher Zeit bessert sich die Steifigkeit?	nach ein paar Minuten	
	nach ½ Stunde	
	nach mehr als 1 Stunde	
Bestehen auch Gelenkschwellungen, z. B. an den Fingern?		
Haben Sie ein anfallsweises Weißwerden (Abblassen) oder bläuliche Verfärbung der Finger beobachtet, z. B. bei Kälte (sog. Raynaud-Phänomen)?		
Leiden Sie unter trockenen Augen oder trockenem Mund?		
Haben / hatten Sie eine Entzündung der Augen (sog. Uveitis)?		
Bestehen Muskelschmerzen?		
Haben / hatten Sie eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung (M. Crohn, Colitis ulcerosa)?		
Bestehen entzündliche Hautveränderungen?		
Falls ja, können Sie diese beschreiben?		
Leiden Sie oder nahe Angehörige an Schuppenflechte (Psoriasis)?		
Weiteres:		

Markieren Sie hier bitte, **welche Gelenke schmerzen:**



3. Fragen zu Ihrer Vorgeschichte

3.1 Sind Sie wegen Ihrer aktuellen Lungen-Erkrankung schon mit Medikamenten behandelt worden (z.B. Kortison, Azathioprin, Cyclophosphamid, Pirfenidon (z.B. Esbriet®), Nintedanib (Ofev®), Methotrexat (MTX), Mycophenolat-Mofetil (MMF)?

Wenn ja, ging es Ihnen damit besser?

Medikament	eingegenommen von ... bis:	Besserung ja	Besserung nein

3.2 Sind bei Ihnen bereits Lungenerkrankungen diagnostiziert worden?

	nein	Wenn ja, wann?
Asthma		
COPD		
Lungenhochdruck (pulmonale Hypertonie)		
Sarkoidose		
Bakterielle / virale Lungenentzündung		
Eosinophile Pneumonie		
Lungentuberkulose		
Exogen-allergische Alveolitis (Vogelhalterlunge, Farmerlunge, Befeuchterlunge,...)		
Lungenfibrose		
Lungenkrebs		
COVID-19 Infektion mit Lungenbeteiligung		
Weitere:		

3.3a) Haben Sie jemals eine Bestrahlungstherapie bekommen?

ja nein

Wenn ja,	wann:
	warum:
	welche Körperregion:

3.3b) Haben Sie jemals eine Chemotherapie bekommen?

ja nein

Wenn ja,	wann:
	warum:
	wegen welcher Erkrankung:

3.4 Haben oder hatten Sie beruflich oder privat Umgang mit folgenden Gefahrstoffen oder führen bzw. führten Sie folgende Tätigkeiten durch?

	beruflich	privat
Eigene Landwirtschaft incl. Weinwirtschaft oder in unmittelbarer Nachbarschaft		
großer Garten, Waldbewirtschaftung		
Düngemittel, Spritzmittel		
Erde, Torf, Kompost		
Bergwerk, Steinbruch, Steinmetz, Sandstrahler, Bearbeiten von Kunststein		
Metallbearbeitung		
Schweißen / Löten		
Lacke, Lösungsmittel, Klebstoffe, Sprays		
Haarsprays (häufig)		
Papierverarbeitung		
Maler-, Lackier-, Tapezierarbeiten		
Asbest		
Beryllium		
Arbeiten in einem Treibhaus		
Pilzzucht		
Holzbearbeitung		
Installateur		
Lebensmittelverarbeitung		
Müllentsorgung		
Zahntechniker:Innen		
Quarzsandhaltige Putzmittel (regelmässig)		
Lösemittel mit Kohlenwasserstoffen (chem. Industrie)		

3.5 Listen Sie bitte private Tätigkeiten / Hobbies (z.B. Bastler, Musiker, Weinberge, Hobbygärtner, Feuerwehr, Feuerschlucker, usw.) auf, die Ihrer Meinung nach zu einer Gefährdung der Lunge geführt haben könnten.

von	bis	Tätigkeit	Exposition / Gefahrstoffe
ICH HABE KEINE relevanten Tätigkeiten / Hobbies			
Falls doch, bitte hier eintragen:			
Beispiel: 1992	aktuell	Gartenarbeiten	Kompost, Erde

3.6 Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

Haben Sie Schimmel in Ihren Wohnräumen (Schlafzimmer, Bad, Keller,...)?	
Haben Sie einen „moderigen“ Geruch in Ihrer Wohnung oder im Keller bemerkt?	
Haben Sie Topfpflanzen in Ihren Wohnräumen?	
Haben Sie ein Treib- oder Gewächshaus?	
Betreiben Sie einen Luftbefeuchter oder Zimmerspringbrunnen?	
Haben Sie einen Whirlpool, eine Sauna oder ein Innen-Schwimmbad zu Hause?	
Arbeiten oder Leben Sie in Räumen mit einer Klimaanlage?	
Verwenden Sie ein Dampfbügeleisen?	
Verwenden Sie ein Dampfbügeleisen?	
Züchten Sie selbst Speisepilze?	
Haben Sie Bioabfälle in der Küche, die länger als 1 Tag in der Küche bleiben?	
Haben Sie Kompost im Garten?	
Haben Sie eine Biotonne? Wenn ja wo:	
Betreiben Sie eine Landwirtschaft?	
Lagern Sie Stroh, Heu oder Getreide auf Ihrem Hof?	
Versorgen Sie Pferde, Hühner oder andere Tiere mit Einstreu oder Silage?	
Betreiben Nachbarn eine Landwirtschaft?	
Halten oder hielten Sie Vögel im Haus oder am Haus bzw. haben Sie viel Vogelkot an Fensterbänken oder nisten Vögel im oder nahe am Haus (Papagei, Wellensittich, Tauben, Hühner etc.)?	
Haben Sie direkten oder indirekten Kontakt mit einer großen Voliere oder einem Taubenschlag?	
Schlafen Sie oder Ihr Partner/-in in Daunen-/Federbetten	
Spielen Sie ein Blasmusikinstrument? Wenn ja, welches:	

3.7 Listen Sie bitte alle Arten beruflicher Tätigkeiten (incl. Ausbildung, ehrenamtliche Tätigkeiten) auf, die Sie jemals ausgeübt haben

von	bis	Berufliche Tätigkeit	Arbeitsstoffe / Gefahrstoffe
Beispiel: 1987	1990	Schreinerlehre: Holzbearbeitung, Lackieren	Holzstäube (Eiche, Fichte, Tanne), 2-Komponentenlacke auf Ölbasis

3.8 Listen Sie bitte **alle** Medikamente sowie homöopathische Präparate, frei verkäufliche Mittel, pflanzlichen Präparate, Phytopharmaka, Appetitzügler, Mittel zur Gewichtsreduktion, ayurvedischen Mittel usw. auf, die Sie eingenommen haben/einnehmen (beginnend ab 5 Jahre vor Beschwerdebeginn)?

von	bis	Medikament	Verordnungsgrund
Beispiel: 2020	derzeit	Valsartan	Erhöhter Blutdruck

3.9 Haben Sie eines der folgenden Medikamente eingenommen:

	ja	nein	Wenn ja, von wann bis wann?
Amiodaron			
Nitrofurantoin			
Antidepressiva			

3.10 Haben Sie geraucht oder rauchen Sie noch? Wenn ja, bitte alle Zeiten in Tabelle eintragen:

von	bis	Was?	Wie viele pro Tag?
Beispiel: 1987	2007	Valsartan	15

3.11 Wird oder wurde in Ihrer Umgebung oft in geschlossenen Räumen geraucht?

ja nein

3.12 Haben Sie jemals Drogen genommen (auch Cannabis)

ja nein

3.13 Welche anderen bzw. Vor-Erkrankungen haben oder hatten Sie?

Frühgeburtlichkeit	
Lungenerkrankungen in der Kindheit:	
Diabetes	
Autoimmunerkrankung (Lupus erythematodes, Sklerodermie, Sjögren Syndrom, Granulomatose mit Polyangiitis (GAP, früher M. Wegener), Polymyositis, rheumatoide Arthritis, ...)	
Starke Infektanfälligkeit, Immundefekte	
Krebserkrankungen	
Chronisch entzündliche Darmerkrankung (M. Crohn, Colitis ulcerosa)	
Schuppenflechte mit Gelenkbefall (Psoriasis-Arthritis)	
Heuschnupfen	
Hoher Blutdruck	
Herzschwäche	
Herzrhythmusstörungen	
Koronare Herzerkrankung / Herzinfarkt	
Schlaganfall	
Durchblutungsstörungen der Beine („Schaufensterkrankheit“, pAVK)	
Lungenembolie / tiefe Beinvenenthrombose	
Pneumothorax	
Nierenschwäche / Nierenerkrankungen	
Leberzirrhose	

Leberentzündung (Hepatitis)	
Chronische Infektionserkrankungen (Hepatitis B, Hepatitis C, HIV)	
Refluxerkrankung (GERD) bzw. Sodbrennen	
Schlafapnoe	
Knochenmarkserkrankung (inkl. niedrige Leukozyten und/oder Blutplättchen)	
Nervenerkrankungen (Epilepsie, Depression ...)	
Weitere für Sie wichtige:	

3.14 Gibt es in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, eigene Kinder) folgende Erkrankungen?

Lungenfibrose	
exogen allergische Alveolitis (Vogelhalterlunge, Befeuchterlunge...)	
Lungenkrebs	
Lungentuberkulose	
Andere:	

3.15 Haben Sie außergewöhnlich früh graue Haare bekommen?

ja nein

3.16 Gab es in den letzten 3 Jahren „außergewöhnliche“ Auslandsreisen außerhalb Europas (Tropen, Nordamerika, Afrika, Asien)

ja nein

wenn ja, wohin:

--