

PATIENTENFRAGEBOGEN ZUM CHRONISCHEN HUSTEN

Dieser Fragebogen richtet sich an Patienten mit einem länger als 8 Wochen andauernden Husten. Die Beantwortung der unten aufgeführten Fragen kann ein zielführendes Gespräch zwischen Ihnen und Ihrem Arzt erleichtern. Die Beantwortung des Fragebogens stellt keine medizinische Diagnose in irgendeiner Form.

Bitte wenden Sie sich bei gesundheitlichen Bedenken an einen Arzt.

BESTEHT BEI IHNEN EIN ÜBER MEHR ALS 8 WOCHEN ANHALTENDER HUSTEN?

Wenn zutreffend, füllen Sie bitte die nachstehenden Fragen zur Beschreibung Ihres Hustens aus. Kreuzen Sie zutreffende Antwortmöglichkeiten an.

1. Wie lange besteht Ihr Husten bereits? _____ Jahre
(Bitte geben Sie die Dauer in Jahren oder Monaten an) _____ Monate

2. Wie oft tritt der Husten bzw. treten Hustenepisoden (mehrere in kurzen Abständen aufeinander folgende Huster) bei Ihnen auf? (Bitte nur 1 Antwort ankreuzen)

Mehr als 1x am Tag 1x am Tag Mehrmals pro Woche Seltener als 1x pro Woche

3. Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?
(Bitte alle zutreffenden Antwortmöglichkeiten ankreuzen bzw. ausfüllen)

Ich rauche gegenwärtig Ich habe geraucht Ich bin Nichtraucher

Wie lange? _____

Wie viele Zigaretten am Tag? _____

Wie lange? _____

Wie viele Zigaretten am Tag? _____

Seit wann rauchfrei? _____

Tage: _____ Monate: _____ Jahre: _____

4. Wenn Sie Raucher sind, kreuzen Sie bitte Zutreffendes an.

Mein Husten ist neu oder hat sich kürzlich verändert. Meine Stimme hat sich in jüngster Zeit verändert.

PATIENTENFRAGEBOGEN ZUM CHRONISCHEN HUSTEN



MSD Sharp & Dohme GmbH
Levelingstraße 4a
81673 München
Tel.: 0800 / 673 673 673
www.msdd.de

5. Welche der genannten Symptome traten in jüngster Zeit bei Ihnen auf?
(Bitte alle zutreffenden Antwortmöglichkeiten ankreuzen)

BEI EINER ODER MEHREREN ZUTREFFENDEN ANTWORTEN SUCHEN SIE BITTE UMGEHEND EINEN
ARZT ZUR ABKLÄRUNG DER SYMPTOME AUF!

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Heiserkeit | <input type="checkbox"/> Fieber |
| <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden
beim Essen oder Trinken | <input type="checkbox"/> Angeschwollene Beine |
| <input type="checkbox"/> Atemnot in der Nacht oder in
Ruhephasen | <input type="checkbox"/> Nicht erklärbarer Gewichtsverlust |
| <input type="checkbox"/> Aushusten von Blut | <input type="checkbox"/> Übelkeit und Erbrechen |
| | <input type="checkbox"/> Wiederkehrende Infektionen der
Atemwege |

6. Welche weiteren Symptome traten zuletzt bei Ihnen auf?
(Bitte alle zutreffenden Antwortmöglichkeiten ankreuzen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bei bestehendem Asthma:
Giemen und/oder Engegefühl
in der Brust | <input type="checkbox"/> Verstopfte Nase |
| <input type="checkbox"/> Über die Rachenhinterwand aus
der Nase abfließender Schleim | <input type="checkbox"/> Halsschmerzen |
| | <input type="checkbox"/> Sodbrennen oder saurer Geschmack |
| | <input type="checkbox"/> Harninkontinenz |
| | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |

**Bitte machen Sie Angaben zu Ihrer bisherigen Krankengeschichte. Kreuzen Sie
zutreffende Antwortmöglichkeiten an.**

7. Nehmen Sie gegenwärtig einen Angiotensin Converting-Enzyme
(ACE)-Hemmer (ein Medikament zur Blutdrucksenkung) ein?
Häufig verordnete ACE-Hemmer sind die Wirkstoffe Lisinopril,
Captopril, Enalapril und Ramipril.

<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
-----------------------------	-------------------------------

8. Wurden Sie kürzlich im Brustbereich geröntgt?

<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
-----------------------------	-------------------------------

PATIENTENFRAGEBOGEN ZUM CHRONISCHEN HUSTEN



MSD Sharp & Dohme GmbH
Levelingstraße 4a
81673 München
Tel.: 0800 / 673 673 673
www.msd.de

9. Wurde bei Ihnen kürzlich eine Lungenfunktionsprüfung (LuFu) durchgeführt?

 JA NEIN

10. Wurden Sie auf Tuberkulose getestet?

 JA NEIN

11. Bitte machen Sie Angaben zu den nachfolgend aufgeführten Erkrankungen. Wurden Sie auf diese Erkrankungen untersucht? Wurden eine oder mehrere dieser Erkrankungen bei Ihnen diagnostiziert? Befinden Sie sich aufgrund einer oder mehrerer der genannten Erkrankungen in Behandlung?

Asthma

- Ich wurde darauf untersucht.
- Wurde bei mir diagnostiziert.
- Ich war/bin deswegen in Behandlung.
- Ich bin nicht sicher.

Sodbrennen / GERD (gastroösophageale Refluxkrankheit)

- Ich wurde darauf untersucht.
- Wurde bei mir diagnostiziert.
- Ich war/bin deswegen in Behandlung.
- Ich bin nicht sicher.

Husten aufgrund von Erkrankungen der oberen Atemwege (UACS, upper airway cough syndrome; früher bezeichnet als PNDS, Postnasal-Drip-Syndrom)

- Ich wurde darauf untersucht.
- Wurde bei mir diagnostiziert.
- Ich war/bin deswegen in Behandlung.
- Ich bin nicht sicher.

Nichtasthmatische eosinophile Bronchitis (NAEB)

- Ich wurde darauf untersucht.
- Wurde bei mir diagnostiziert.
- Ich war/bin deswegen in Behandlung.
- Ich bin nicht sicher.

Bitte beschreiben Sie die Schwere Ihres Hustens

Bitte schätzen Sie die Schwere Ihres Hustens innerhalb der letzten Woche unter Verwendung der nachfolgenden Skala ein. Lassen Sie in Ihre Einschätzung sowohl die Häufigkeit als auch die Schwere des Hustens einfließen.

Kein Husten

Extrem schwerer Husten

