

## Mein persönlicher Symptombogen

Dyspnoe-Sprechstunde · Schön Klinik Hamburg Eilbek  
Bitte zu Hause ausfüllen und zum Erstgespräch mitbringen.

↓ Diesen Bogen  
herunterladen  
& ausdrucken

Name, Vorname	Geburtsdatum	Datum von heute

### 1. Meine Beschwerden

Wie würden Sie Ihre Atemnot beschreiben? Bitte erzählen Sie in Ihren eigenen Worten.

Beschreiben Sie Ihre Hauptbeschwerden  
(z. B.: wann, wie oft, wie stark, was verschlimmert / verbessert es?)

---



---



---



---



---

Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

Seit wann?	Beginn: plötzlich oder schleichend?	Verlauf: besser / schlechter / gleich?

*Wann tritt die Atemnot auf? (Bitte alle Zutreffenden ankreuzen)*

- In Ruhe (auch ohne Anstrengung)

---

- Bei leichter Belastung (z. B. Anziehen, langsames Gehen)

---

- Bei mittlerer Belastung (z. B. Treppensteigen, schnelles Gehen)

---

- Nur bei starker Belastung (z. B. Sport)

---

- Nachts / beim Liegen

---

- Nach dem Essen

---

- Im Zusammenhang mit Stress oder Aufregung

---

- Saisonal (z. B. im Frühjahr, bei Kälte)

---

*Begleitsymptome – was kommt noch dazu? (bitte ankreuzen)*

- Husten (trocken / mit Auswurf)

---

- Pfeifendes Atemgeräusch (Giemen / Pfeifen)

---

- Herzrasen oder Herzstolpern

---

- Schwindel

---

- Brustschmerzen oder Druck auf der Brust

---

- Schluckbeschwerden

---

- Sodbrennen / saures Aufstoßen

---

- Starke Müdigkeit / Erschöpfung tagsüber

---

- Schnarchen / Atemaussetzer im Schlaf (ggf. vom Partner beobachtet)

---

- Beinschwellungen

---

- Gewichtsveränderung in letzter Zeit:  Zunahme  Abnahme  keine

---

## 2. Meine Vorerkrankungen

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt? (bitte ankreuzen und ergänzen)

- Herz-Kreislauf-Erkrankung (z. B. Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörung, koronare Herzkrankheit)

---

- Bluthochdruck

---

- Lungenerkrankung (z. B. Asthma, COPD, Lungenembolie, Lungenfibrose)

---

- Reflux / Sodbrennen / Magen-Darm-Erkrankung

---

- Schlafapnoe / Schlafstörung

---

- Schilddrüsenerkrankung

---

- Diabetes

---

- Nierenerkrankung

---

- Krebserkrankung

---

- Angststörung / Depression / psychische Erkrankung

---

- Allergie (Auslöser: \_\_\_\_\_)

---

Weitere Vorerkrankungen / Operationen / Krankenhausaufenthalte:


### 3. Rauchen / frühere Rauchgewohnheiten

- Ich rauche aktuell (ca. \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag, seit \_\_\_\_\_ Jahren)

---

- Ich habe früher geraucht (aufgehört vor ca. \_\_\_\_\_ Jahren, \_\_\_\_\_ Jahre insgesamt geraucht)

---

- Ich habe nie geraucht

---

- Ich rauche E-Zigarette / Vape

---

### 4. Meine aktuellen Medikamente

*Bitte tragen Sie alle Medikamente ein, die Sie regelmäßig einnehmen – auch Inhalatoren, Nasensprays und nicht verschreibungspflichtige Mittel.*

#	Medikament (Name)	Wirkstoff / Handelsname	Dosis	Häufigkeit (z. B. 1x morgens)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

## 5. Bisherige Untersuchungen und Befunde

*Welche Untersuchungen wurden bisher wegen Ihrer Atemnot durchgeführt? (bitte ankreuzen)*

- EKG (Herzstrommessung)

---

- Echokardiographie (Herzultraschall)

---

- Lungenfunktionsmessung (Spirometrie)

---

- Röntgen Brustkorb

---

- CT Brustkorb

---

- Blutuntersuchung

---

- Schlafdiagnostik (Polygraphie / Polysomnographie)

---

- Magenspiegelung

---

- Bronchoskopie (Lungenspiegelung)

---

- Belastungstest (z. B. 6-Minuten-Gehtest, Ergometrie)

---

*Was hat man Ihnen bei diesen Untersuchungen gesagt? (Kurze Zusammenfassung soweit bekannt)*

## 6. Wie sehr beeinträchtigt Sie die Atemnot im Alltag?

Wie stark schränkt die Atemnot Ihren Alltag ein? (bitte einkreisen oder ankreuzen)

**1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10**

keine Beeinträchtigung

stärkste vorstellbare Beeinträchtigung

- Ich kann meine Arbeit / meinen Beruf nicht mehr ausführen

---

- Ich meide Aktivitäten, die ich früher mochte

---

- Ich benötige Hilfe bei Alltagstätigkeiten

---

- Ich fühle mich ängstlich oder deprimiert wegen meiner Atemnot

---

Was möchten Sie gerne wieder tun können? Was ist Ihr persönliches Ziel?

**Fragen? Wir sind für Sie da.**

Sekretariat Pneumologie: +49 40 2092-2031

Schön Klinik Hamburg Eilbek · Dehnhaiide 120 · 22081 Hamburg