

Fragebogen zur Vorgeschichte *)

Vorname:

Name:

Geb.dat.:

Beruf:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Tel.:

Name des Hausarztes: Tel.:

Name des Lungenfacharztes: Tel.:

Welche Gesundheitsprobleme haben Sie? (bitte ankreuzen)

Gesundheitsproblem / Krankheit Ab welchem Alter?

Allergien

Asthma

COPD

Bluthochdruck

Chronische Nebenhöhlenentzündung

Chronisch verstopfte Nase

Chronisches Müdigkeitssyndrom

Schlafapnoe

Emphysem

Diabetes

Hypoglykämie

Epilepsie

Herzkrankheiten

Nierenkrankheiten

Schizophrenie

Aneurisma

Sichelzellenanämie

Andere:

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Name Wirkstoff Dosierung Einnahmehäufigkeit

1.

2.

3.

4.

5.

*) Alle Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt

Welche besonderen Beschwerden haben Sie?

Beschwerden Häufigkeit

Ständig häufig gelegentlich

Angstzustände

Asthmaanfälle

Benommenheit

Blitze vor den Augen

Ekzem

Enge im Brustkorb

Erhöhte Infektanfälligkeit

Geringe Ausdauer

Gewichtsverlust

Gewichtszunahme

Häufige tiefe Atemzüge

Hautjucken

Husten

Konzentrationsschwierigkeiten

Kopfschmerzen

Krampfadern

Kurzatmigkeit

Laufende Nase

Mundatmung

Mundtrockenheit

Muskelschmerzen
Muskelzuckungen, Tic
Niesanfalle
Ohrenentzundungen
Plötzliche körperliche Erschöpfung
Schlaflosigkeit
Schleimproduktion
Schmerzen im Brustkorb
Schmerzen in der Herzgegend
Taubheit in Armen und Beinen
Tranende, juckende Augen
Trockene Haut
Verlust des Geruchssinns
Verstopfung
Zittern

Bitte beschreiben Sie Ihre sonstigen Beschwerden:

.....
.....

Falls Sie Asthma haben, wie schwer ist es?

leicht mittelschwer schwer

Waren Sie schon wegen eines Asthmaanfalls im Krankenhaus? ja / nein *) Wie oft? ... mal

Wann zuletzt?

*) nichtzutreffendes bitte streichen

Wodurch wird Ihr Asthma ausgelöst?

Anstrengung / Kalte, feuchte Luft

Allergien / Lachen

Infekte / Sonstiges:.....

Treiben Sie Sport? ja / nein *)

Falls ja: Welche Sportart(en)?

Werden Ihre Symptome dadurchverstarkt? ja / nein *)

Benötigen Sie Medikamente, um Sport treiben zu können? ja / nein *)

Haben Sie bereits Erfahrung mit einer Atemtherapie oder Entspannungstechnik? ja / nein *)

Falls ja: Mit welcher?

Hilft Ihnen diese Methode? ja / nein *)

Rauchen Sie? ja / nein *)

Haben Sie früher geraucht? ja / nein *) Wenn ja, bis wann?

Erklärung

Mir ist bewusst, dass die Buteyko-Methode zur Umstimmung der Atmung eine Methode zur Selbsthilfe ist und keine medizinische Behandlung darstellt oder ersetzt.

Ich erkläre, dass ich/mein Kind die durch den Arzt oder die Ärztin verschriebenen Medikamente weiterhin in der vorgesehenen Dosierung einnehmen bzw. anwenden werde/wird; Änderungen werde ich nur nach Absprache mit ihm/ihr vornehmen.

Ich erkenne an, dass ich/mein Kind auch nach längeren Zeiten der Symptomfreiheit einen Rückfall erleiden kann und Asthmaanfälle wiederkehren können. Ich werde daher die Notfallmedikamente jederzeit bereithalten, auch nachdem ich/mein Kind längere Zeit ohne Symptome gewesen bin/ist.

Ich erkenne an, dass eine Atemumstimmung viel Selbstdisziplin erfordert und dass die Asthmasymptome wiederkommen können, wenn ich oder mein Kind die Atemübungen einstellen.

Für Schäden, die aus dem Gebrauch oder dem Nichtgebrauch der Methode entstehen, übernehme ich selbst die volle Verantwortung.

.....
Datum / Ort Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)