

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser Fragebogen wird Ihnen und uns helfen, die Auswirkungen der COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) auf Ihre Befindlichkeit und Belastbarkeit im Alltag zu erfassen. Ihre Antworten und das Test-Ergebnis können dazu verwendet werden, die Behandlung Ihrer COPD zu verbessern.

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Fachärzte für Innere Medizin,
Pneumologie, Allergologie
und Schlafmedizin

Friedrich-Ebert-Platz 2
58095 Hagen

fon 02331-26073/-76
fax 02331-26079

praxis@pneumologie-im-stadtfenster-hagen.de
www.pneumologie-im-stadtfenster-hagen.de

FRAGEBOGEN COPD

Wie funktioniert der Test?

- 1. Schritt:** Kreuzen Sie bei jeder der folgenden Aussagen an, was derzeit am besten auf Sie zutrifft.
- 2. Schritt:** Zählen Sie Ihre Punkte zusammen, um den Gesamtwert zu erhalten.
- 3. Schritt:** Hier erfahren Sie, was der erreichte Gesamtwert bedeutet.

Unter 10 Punkte - Die meisten Tage sind gut, die COPD hindert Sie an der einen oder anderen Aktivität, dauerhafte Beschwerden bestehen jedoch nicht. Vordringlich ist – sofern noch nicht umgesetzt – die Beendigung des Rauchens, Medikamente sind nicht zwingend erforderlich. Sinnvoll ist jedoch die Wahrnehmung körperlicher Aktivität (Lungensport).

10 bis 20 Punkte - Einige Tage in der Woche sind gut, an den meisten Tagen bereitet die COPD Probleme (Husten, Auswurf, Kurzatmigkeit). Hier können bedarfsorientiert angewendete Medikamente Linderung verschaffen.

Über 20 Punkte - Die COPD schränkt Lebensqualität und Belastbarkeit dauerhaft ein, im Alltag sind Beschwerden ständig vorhanden. Die vordringliche Maßnahme ist – sofern noch nicht umgesetzt – die Beendigung des Rauchens, meist können eine medikamentöse Dauerbehandlung und vor allem auch Lungensport eine Linderung verschaffen.

Über 30 Punkte - Lebensqualität und Belastbarkeit sind sehr stark und dauerhaft eingeschränkt, hier müssen alle verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten (Beendigung des Tabakkonsums, Medikamente, Lungensport, Sauerstoffbehandlung) hinsichtlich eines möglichen Einsatzes geprüft werden.

Ihr Name:

Heutiges Datum:

Wie geht es Ihnen mit Ihrer COPD? Füllen Sie den COPD Assessment Test™ (CAT) aus!

Dieser Fragebogen wird Ihnen und Ihrem Arzt helfen, die Auswirkungen der COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) auf Ihr Wohlbefinden und Ihr tägliches Leben festzustellen. Ihre Antworten und das Test-Ergebnis können von Ihnen und Ihrem Arzt dazu verwendet werden, die Behandlung Ihrer COPD zu verbessern, damit Sie bestmöglich davon profitieren.

Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, was derzeit am besten auf Sie zutrifft. Kreuzen Sie (X) in jeder Zeile bitte nur eine Möglichkeit an.

Beispiel: Ich bin sehr glücklich 0 1 2 3 4 5 Ich bin sehr traurig

			PUNKTE
Ich huste nie	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Ich huste ständig	<input type="text"/>
Ich bin überhaupt nicht verschleimt	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Ich bin völlig verschleimt	<input type="text"/>
Ich spüre keinerlei Engegefühl in der Brust	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Ich spüre ein sehr starkes Engegefühl in der Brust	<input type="text"/>
Wenn ich bergauf oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich nicht außer Atem	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Wenn ich bergauf oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich sehr außer Atem	<input type="text"/>
Ich bin bei meinen häuslichen Aktivitäten nicht eingeschränkt	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Ich bin bei meinen häuslichen Aktivitäten sehr stark eingeschränkt	<input type="text"/>
Ich habe keine Bedenken, trotz meiner Lungenerkrankung das Haus zu verlassen	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Ich habe wegen meiner Lungenerkrankung große Bedenken, das Haus zu verlassen	<input type="text"/>
Ich schlafe tief und fest	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Wegen meiner Lungenerkrankung schlafe ich nicht tief und fest	<input type="text"/>
Ich bin voller Energie	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Ich habe überhaupt keine Energie	<input type="text"/>
			SUMME <input type="text"/>