

Fragebogen zur Vorgeschichte \*)

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum.: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
 Tel.: \_\_\_\_\_  
 Name des Hausarztes: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Name des Lungenfacharztes: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Welche Gesundheitsprobleme haben Sie? (bitte ankreuzen)

Gesundheitsproblem / Krankheit	Ab welchem Alter?
<input type="checkbox"/> Allergien	
<input type="checkbox"/> Asthma	
<input type="checkbox"/> COPD	
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	
<input type="checkbox"/> Chronische Nebenhöhlenentzündung	
<input type="checkbox"/> Chronisch verstopfte Nase	
<input type="checkbox"/> Chronisches Müdigkeitssyndrom	
<input type="checkbox"/> Schlafapnoe	
<input type="checkbox"/> Emphysem	
<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Hypoglykämie	
<input type="checkbox"/> Epilepsie	
<input type="checkbox"/> Herzkrankheiten	
<input type="checkbox"/> Nierenkrankheiten	
<input type="checkbox"/> Schizophrenie	
<input type="checkbox"/> Aneurisma	
<input type="checkbox"/> Sichelzellenanämie	
<input type="checkbox"/> 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			
Niesanfälle			
Ohrenentzündungen			
Plötzliche körperliche Erschöpfung			
Schlaflosigkeit			
Schleimproduktion			
Schmerzen im Brustkorb			
Schmerzen in der Herzgegend			
Taubheit in Armen und Beinen			
Tränende, 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? .....

Wodurch wird Ihr Asthma ausgelöst?

- Anstrengung
- Allergien
- Infekte

- Kalte feuchte Luft
- Lachen
- Sonstiges:.....

Treiben Sie Sport? ja  nein

Falls ja: Welche Sportart(en)? .....

Werden Ihre Symptome dadurch verstärkt? 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? .....

Wie wurden Sie auf die Buteyko-Methode aufmerksam?

- Internet
- Tipp von Bekannten
- Empfehlung ehemaliger Kursteilnehmer
- Arzt/Ärztin
- Andere/r Therapeut/in

- Zeitung<sup>1)</sup> .....
- Fernsehen<sup>1)</sup> .....
- Radio<sup>1)</sup> .....
- Sonstiges.....

(<sup>1)</sup>bitte geben Sie Zeitung u. Artikel bzw. Sender u. Sendung an, falls bekannt)

### 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)

Bitte senden an: Marlene Dirks | Stemberg 17 c | 33106 Paderborn