

# FRAGEBOGEN CHRONISCHER HUSTEN

Dieser Fragebogen richtet sich an Patient\*innen mit einem **länger als 8 Wochen andauernden Husten**.

Die Beantwortung der unten aufgeführten Fragen können ein zielführendes Gespräch zwischen Ihnen und Ihrem Arzt\*Ihrer Ärztin erleichtern. Die Beantwortung des Fragebogens stellt keine medizinische Diagnose in irgendeiner Form. **Bitte wenden Sie sich bei gesundheitlichen Bedenken an einen Arzt\*eine Ärztin.**

## 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?

Bitte geben Sie die Dauer in Jahren oder Monaten an.

\_\_\_\_\_ Jahre    \_\_\_\_\_ Monate

### 2 Wie oft tritt der Husten bzw. treten Husten-episoden (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  
Wie lange? \_\_\_\_\_  
Wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_
- Ich habe geraucht  
Wie lange? \_\_\_\_\_  
Wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_  
Seit wann rauchfrei?  
\_\_\_\_\_ Tage    \_\_\_\_\_ Monate    \_\_\_\_\_ Jahre

- Ich bin Nichtraucher\*in

### 4 Wenn Sie Raucher\*in sind, kreuzen Sie bitte Zutreffendes an.

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

### 5 Welche der genannten Symptome traten in jüngster Zeit bei Ihnen auf?

Bitte alle zutreffenden Antwortmöglichkeiten ankreuzen.

- Heiserkeit
- Schluckbeschwerden beim Essen oder Trinken
- Atemnot in der Nacht oder in Ruhephasen
- Aushusten von Blut
- Fieber
- Angeschwollene Beine
- Nicht erklärbarer Gewichtsverlust
- Übelkeit und Erbrechen
- Wiederkehrende Infektionen der Atemwege

! Bei einer oder mehreren zutreffenden Antworten suchen sie bitte umgehend einen Arzt zur abklärung der Symptome auf!

### 6 Welche weiteren Symptome traten zuletzt bei Ihnen auf?

Bitte alle zutreffenden Antwortmöglichkeiten ankreuzen.

- Bei bestehendem Asthma: Giemen und/oder Engegefühl in der Brust
- Über die Rachenhinterwand aus der Nase abfließender Schleim
- Verstopfte Nase
- Halsschmerzen
- Sodbrennen oder saurer Geschmack
- Harninkontinenz
- 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.**

Ja  Nein

**8 Wurden Sie kürzlich im Brustbereich geröntgt?**

Ja  Nein

**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.

