

2. Standardisierter FRAGEBOGEN bei Einwirkung durch

ROHBAUMWOLL-, ROHHANF- ODER ROHFLACHSSTAUB

Name

Versicherungsnummer

Vorname

Geburtsdatum

Plz./Wohnort

Männlich

Str./Nr.

Weiblich

Berufsvorgeschichte:

Haben Sie jemals gearbeitet in
Kohlenbergwerken

Asbestbetrieben

Steinbrüchen u. ähnl.

anderen Staubberufen

Gießereien, Eisen- u. Stahlwerken

anderen
Baumwollbetrieben

Wenn "ja", in welchem

Betrieb

Abteilung

von – bis

Jahre

Betrieb	Abteilung	von – bis	Jahre
derzeit			

Krankheitsvorgeschichte:

1. An welcher der folgenden Krankheiten haben Sie jemals gelitten?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronchialasthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rippenfellentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

2. Hatten Sie in den vergangenen drei Jahren irgendeine Lungenerkrankung,
welche Arbeitsunfähigkeit bedingt hat oder einen Krankenhausaufenthalt
notwendig machte?

Ja Nein

Wenn "ja":

Jahr	Krankheitsdauer	Auswurf	Ärztliche Diagnose
	weniger als 1 Woche	1 Woche oder mehr	ja/nein

	Ja	Nein
3. Gibt es Lungenerkrankungen in Ihrer Familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn "ja", welche:		

Husten:

	nie	geleg.	öfter	meistens
4. Husten Sie in der Früh beim Aufstehen (z. B. nach der ersten Zigarette)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Husten Sie beim Gang ins Freie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Husten Sie während der Nacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Husten Sie während des Tages?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Husten Sie an einem oder an mehreren bestimmten Tagen in der Woche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „öfter“ oder „meistens“:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Welche(r) Tag(e) ist (sind) das				
Mo Di Mi Do Fr Sa So				
<input type="checkbox"/>				

Auswurf:

	nie	geleg.	öfter	meistens
10. Haben Sie Auswurf in der Früh beim Aufstehen (z.B.nach der ersten Zigarette)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Haben Sie Auswurf beim Gang ins Freie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Haben Sie Auswurf während der Nacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Haben Sie Auswurf während des Tages?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Haben Sie in den vergangenen Jahren drei Wochen oder länger an Husten bzw. Auswurf gelitten?			Ja	Nein
Wenn "ja":			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Haben Sie in einem Jahr drei Monate oder länger an Husten und Auswurf gelitten?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Atemnot (Beklemmung)

- ohne erkältet (verköhlt) zu sein:

	nie	geleg.	öfter	meistens
16. Haben Sie ein Gefühl der Beklemmung oder Atemnot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn "öfter" oder "meistens":				
17. Haben Sie diese Beschwerden nur an einem oder mehreren	nein	manchmal	immer	
bestimmten Tagen in der Woche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn "manchmal" oder "immer":				

18. An welchem Tag der Woche treten diese Beschwerden auf? Mo Di Mi Do Fr Sa So

19. Zu welcher Zeit treten am Montag diese Beschwerden auf und wie lange dauern sie an? Von bis

20. Zu welcher Zeit treten am Dienstag Beschwerden auf und wie lange dauern sie an? Von bis

21. Leiden Sie an Kurzatmigkeit, wenn Sie rasch in der Ebene gehen oder bei kleinen Steigungen?
 Nein Ja

22. Leiden Sie an Kurzatmigkeit, wenn Sie mit anderen Leuten im üblichen Tempo in der Ebene gehen?
 Nein Ja

23. Müssen Sie wegen Kurzatmigkeit auf einer für Sie üblichen Strecke stehen bleiben?
 Nein Ja

24. Leiden Sie an Kurzatmigkeit beim Waschen bzw. Ankleiden?
 Nein Ja

 1 2 3 4 5 Beurteilungsgrad

Wettereinfluss:

25. Hat das Wetter einen Einfluss auf Ihre Atmung? nie geleg. öfter meistens

 26. Verursacht Ihnen ein bestimmtes Wetter Kurzatmigkeit?

Rauchen:

27. Rauchen Sie derzeit oder haben Sie erst kürzlich (bis ca. ein Monat) aufgehört zu rauchen? Ja Nein

 Zigaretten am Tag
 Zigarren am Tag
 Wie viele Jahre rauchen Sie schon?

28. Haben Sie früher geraucht? Ja Nein

Zigaretten am Tag

Zigarren am Tag

Wie viele Jahre haben Sie geraucht?

Wann haben Sie aufgehört zu rauchen?

.....

.....

.....

.....