



## Fragebogen ILD (Lungenfibrosen)

Liebe Patientin, lieber Patient

Bei Ihnen besteht der Verdacht auf eine Erkrankung des Lungenstützgewebes oder der Lungenbläschen, d.h. eine sogenannte Interstitielle Lungenerkrankung (ILD) oder eine andere seltene Lungenerkrankung. Es gibt hierbei vielfältige, teilweise sehr verschiedene Ursachen. Deshalb ist eine sehr gründliche Suche nach auslösenden Faktoren wichtig.

Die ausführliche Beantwortung der u.a. Fragen hilft Ihnen und uns, die richtige Diagnose zu stellen. Auch wenn die Diagnose der Lungenerkrankung schon bekannt ist, hilft uns dieser Fragebogen, um zu verstehen, welche Untersuchungen bzw. Therapien bereits erfolgt sind.

Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit, diese Fragen sorgfältig und vollständig zu beantworten. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Angaben streng vertraulich.

Sollten Sie Schwierigkeiten bei der Beantwortung einer Frage haben, markieren Sie diese bitte mit einem Fragezeichen und sprechen Sie uns gerne an.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Geschlecht .....

Adresse .....

Versicherungsnummer  
Krankenkasse .....

Telefon Privat/Geschäft .....

E-Mail .....

Zuweisender Arzt .....

**1. Wie bewerten Sie Ihren Gesundheitszustand in den letzten 3 Monaten?**

Sehr schlecht  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Sehr gut

**2. Fragen zu Ihrer aktuellen Erkrankung, die zu der Verdachtsdiagnose «interstitielle Lungenerkrankung» geführt hat**

2.1 Was ist Ihrer persönlichen Meinung nach die Ursache Ihrer aktuellen Lungenerkrankung?

.....

2.2 Wann haben Sie die ersten Beschwerden bemerkt?

Vor ..... Wochen / ..... Monaten / ..... Jahren

2.3 Mit welchen Beschwerden hat die Erkrankung **begonnen**?

Reizhusten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Husten mit Auswurf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Luftnot bei Belastung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anfallsartige Luftnot	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ständige Luftnot auch schon in Ruhe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fieberhafter Infekt der Atemwege / Lungenentzündung / grippale Beschwerden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Weiteres	.....	

2.4 Welche Beschwerden haben Sie bis heute?

	nein	Weiterhin, aber gebessert	Weiterhin und gleich geblieben	Weiterhin, aber verschlechtert
Reizhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten mit Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot bei Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsartige Luftnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ständige Luftnot auch schon in Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fieberhafte Infekte der Atemwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grippeähnliche Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiteres	.....			
	.....			

2.5 Wie sehr schränkt Sie aktuell die **Luftnot** ein?

- |                                                                                                               |                             |                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Ich habe keine Luftnot                                                                                        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich habe keine Luftnot ausser bei sehr starker Belastung                                                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich habe Luftnot, wenn ich in der Ebene rasch gehe oder Bergauf gehe                                          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich gehe langsamer als Menschen meines Alters bzw. ich kann nicht mehr so rasch gehen, wie ich es gewohnt bin | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich bleibe häufig stehen                                                                                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich habe ständig Luftnot                                                                                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich bin zu atemlos, um das Haus zu verlassen                                                                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich bin zu atemlos, um mich anzuziehen oder zu waschen                                                        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

2.6 Weitere Angaben, falls Sie an **Luftnot** leiden

- |                                                                       |                             |                               |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Meine Luftnot hat plötzlich begonnen                                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Meine Luftnot hat langsam begonnen und sich allmählich verschlechtert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Meine Luftnot verschlechtert sich durch Kälte / Nässe                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Meine Luftnot verschlechtert sich durch Wärme / schwüles Wetter       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Meine Luftnot verschlechtert sich nach Umgang mit Tieren              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche Tiere?                                                | .....                       |                               |
| Meine Luftnot verschlechtert sich zu Hause                            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Meine Luftnot verschlechtert sich bei der Arbeit                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche Arbeit?                                               | .....                       |                               |
| Meine Luftnot ist unabhängig von den Jahreszeiten                     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ich tief einatme, muss ich husten                                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich habe vor allem nachts Luftnot                                     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich habe vor allem morgens Luftnot                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Meine Luftnot steigert sich im Verlauf des Tages                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich habe in der Woche stärkere Luftnot als am Wochenende              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

2.7 Weitere Angaben, falls Sie an **Husten** leiden

- |                                                    |                             |                               |
|----------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Ich habe keinen Husten                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich muss husten, wenn ich Luftnot habe             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich muss husten, wenn ich tief einatme             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich muss husten, wenn ich mich körperlich anstreng | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich huste gelegentlich                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich huste häufig                                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich huste vor allem morgens                        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich huste nachts                                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Ich habe schwere Hustenattacken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich habe keinen Auswurf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich habe weisslich-hellen Auswurf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich habe gelblich-grünlichen Auswurf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich habe Blut im Auswurf (sog. Bluthusten / Hämoptysen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## 2.8 Welche **anderen Beschwerden/Symptome** haben Sie?

Ungewollter Gewichtsverlust (mehr als 10% des Ausgangsgewichts in den letzten 6 Mt.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fieber (mehr als 38°C)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nachtschweiss mit Wechsel von Nachthemd oder Wäsche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leistungsknick, Müdigkeit, Abgeschlagenheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lymphknotenschwellungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hautveränderungen / Ausschläge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lichtempfindliche Haut	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schleimhautveränderungen oder Geschwüre im Mund	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sodbrennen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Brustschmerz / Engegefühl in der Brust	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wassereinlagerungen in den Beinen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Gelenkschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, treten diese eher in Ruhe oder bei Belastung/Bewegung auf?	.....	
Wie stark waren die Gelenkschmerzen in der letzten Woche auf einer Skala von 0-10? (keine Schmerzen = 0, Unerträgliche Schmerzen = 10)	.....	
Betreffen die Schmerzen mehr die grossen Gelenke (Schulter, Knie, Hüfte)?		
Bitte auch den Ort der Schmerzen in der Graphik markieren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Betreffen die Schmerzen mehr die kleinen Gelenke (Hand-, Fingergelenke, Zehengelenke)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind die betroffenen Gelenke morgens besonders steif?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, in welcher Zeit bessert sich die Steifigkeit?	<input type="checkbox"/> ein paar Minuten	
	<input type="checkbox"/> nach ½ Stunde	
	<input type="checkbox"/> nach mehr als 1 Stunde	
Bestehen auch Gelenkschwellungen, z.B. an den Fingern?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie ein anfallsweises Weisswerden (Abblassen) oder bläuliche Verfärbung der Finger beobachtet, z.B. bei Kälte (sog. Raynaud-Phänomen)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter trockenen Augen oder trockenem Mund?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben / hatten Sie eine Entzündung der Augen (sog. Uveitis)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bestehen Muskelschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Haben / hatten Sie eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung  
(M. Crohn, Colitis ulcerosa)?

ja

nein

Bestehen entzündliche Hautveränderungen?

ja

nein

Wenn ja, können Sie diese beschreiben?

.....

Leiden Sie oder nahe Angehörige an Schuppenflechte  
(Psoriasis)?

ja

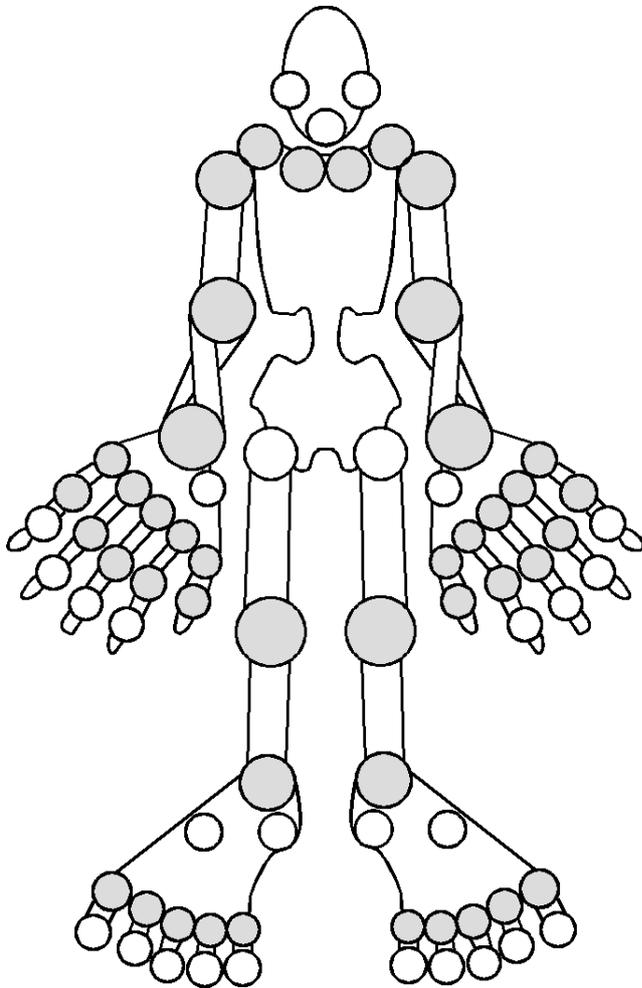
nein

Weiteres

.....

---

2.9 Markieren Sie hier bitte, **welche Gelenke schmerzen**



**3. Fragen zu Ihrer Vorgeschichte**

3.1 Sind Sie wegen Ihrer aktuellen Lungen-Erkrankung schon mit Medikamenten behandelt worden (z.B. Kortison, Azathioprin, Cyclophosphamid, Pirfenidon (z.B. Esbriet®), Nintedanib (Ofev®), Methotrexat (MTX), Mycophenolat-Mofetil (MMF)?

Wenn ja, ging es Ihnen damit besser?

Medikament	eingekommen von ... bis	Besserung ja	Besserung nein
.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2 Lungenerkrankungen

Sind bereits Lungenerkrankungen diagnostiziert worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann?	.....	.....
Asthma	.....	.....
COPD	.....	.....
Lungenhochdruck (pulmonale Hypertonie)	.....	.....
Sarkoidose	.....	.....
Bakterielle / virale Lungenentzündung	.....	.....
Eosinophile Pneumonie	.....	.....
Lungentuberkulose	.....	.....
Exogen-allergische Alveolitis (Vogelhalterlunge, Farmerlunge, Befeuchterlunge, ...)	.....	.....
Lungenfibrose	.....	.....
Lungenkrebs	.....	.....
COVID-19 Infektion mit Lungenbeteiligung	.....	.....
Weitere	.....	.....

3.3a Bestrahlungstherapie

Haben Sie jemals eine Bestrahlungstherapie bekommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann?	.....	.....
Wenn ja, warum?	.....	.....
Welche Körperregion?	.....	.....

3.3b Chemotherapie

- Haben Sie jemals eine Chemotherapie bekommen?  ja  nein  
 Wenn ja, wann? .....
- Wenn ja, welche? .....
- Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? .....

3.4 Haben oder hatten Sie beruflich oder privat Umgang mit folgenden Gefahrstoffen oder führen bzw. führten Sie folgende Tätigkeiten durch?

- |                                                                                |                                    |                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| Eigene Landwirtschaft incl. Weinwirtschaft oder in unmittelbarer Nachbarschaft | <input type="checkbox"/> Beruflich | <input type="checkbox"/> Privat |
| Grosser Garten, Waldbewirtschaftung                                            | <input type="checkbox"/> Beruflich | <input type="checkbox"/> Privat |
| Düngemittel, Spritzmittel                                                      | <input type="checkbox"/> Beruflich | <input type="checkbox"/> Privat |
| Erde, Torf, Kompost                                                            | <input type="checkbox"/> Beruflich | <input type="checkbox"/> Privat |
| Bergwerk, Steinbruch, Steinmetz, Sandstrahler                                  | <input type="checkbox"/> Beruflich | <input type="checkbox"/> Privat |
| Bearbeiten von Kunststein                                                      | <input type="checkbox"/> Beruflich | <input type="checkbox"/> Privat |
| Metallbearbeitung                                                              | <input type="checkbox"/> Beruflich | <input type="checkbox"/> Privat |
| Schweissen / Lötten                                                            | <input type="checkbox"/> Beruflich | <input type="checkbox"/> Privat |
| Lacke, Lösungsmittel, Klebstoffe, Sprays                                       | <input type="checkbox"/> Beruflich | <input type="checkbox"/> Privat |
| Haarsprays (häufig)                                                            | <input type="checkbox"/> Beruflich | <input type="checkbox"/> Privat |
| Papierverarbeitung                                                             | <input type="checkbox"/> Beruflich | <input type="checkbox"/> Privat |
| Maler-, Lackier-, Tapezierarbeiten                                             | <input type="checkbox"/> Beruflich | <input type="checkbox"/> Privat |
| Asbest                                                                         | <input type="checkbox"/> Beruflich | <input type="checkbox"/> Privat |
| Beryllium                                                                      | <input type="checkbox"/> Beruflich | <input type="checkbox"/> Privat |
| Arbeiten in einem Treibhaus                                                    | <input type="checkbox"/> Beruflich | <input type="checkbox"/> Privat |
| Pilzzucht                                                                      | <input type="checkbox"/> Beruflich | <input type="checkbox"/> Privat |
| Holzbearbeitung                                                                | <input type="checkbox"/> Beruflich | <input type="checkbox"/> Privat |
| Installateur                                                                   | <input type="checkbox"/> Beruflich | <input type="checkbox"/> Privat |
| Lebensmittelverarbeitung                                                       | <input type="checkbox"/> Beruflich | <input type="checkbox"/> Privat |
| Müllentsorgung                                                                 | <input type="checkbox"/> Beruflich | <input type="checkbox"/> Privat |
| Zahntechniker / Zahntechnikerin                                                | <input type="checkbox"/> Beruflich | <input type="checkbox"/> Privat |
| Quarzsandhaltige Putzmittel (regelmässig)                                      | <input type="checkbox"/> Beruflich | <input type="checkbox"/> Privat |
| Lösemittel mit Kohlenwasserstoffen (chemische Industrie)                       | <input type="checkbox"/> Beruflich | <input type="checkbox"/> Privat |

3.5 Listen Sie bitte private Tätigkeiten / Hobbies (z.B. Bastler, Musiker, Weinberge, Hobbygärtner, Feuerwehr, Feuerschlucker, usw.) auf, die Ihrer Meinung nach zu einer Gefährdung der Lunge geführt haben könnten

Relevante Tätigkeiten / Hobbies  ja  nein

Wenn ja, bitte unten eintragen:

Von	Bis	Tätigkeit	Exposition / Gefahrstoffe
<i>Beispiel</i> 1992	<i>aktuell</i>	<i>Gartenarbeiten</i>	<i>Kompost, Erde</i>
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

3.6 Weitere Fragen:

Haben Sie Schimmel in Ihren Wohnräumen (Schlafzimmer, Bad, Keller)?  ja  nein

Haben Sie einen «moderigen» Geruch in Ihrer Wohnung oder im Keller bemerkt?  ja  nein

Haben Sie Topfpflanzen in Ihren Wohnräumen?  ja  nein

Haben Sie ein Treib- oder Gewächshaus?  ja  nein

Betreiben Sie einen Luftbefeuchter oder Zimmerspringbrunnen?  ja  nein

Haben Sie einen Whirlpool, eine Sauna oder ein Innen-Schwimmbad zu Hause?  ja  nein

Arbeiten oder Leben Sie in Räumen mit einer Klimaanlage?  ja  nein

Verwenden Sie ein Dampfbügeleisen?  ja  nein

Züchten Sie selbst Speisepilze?  ja  nein

Haben Sie Bioabfälle in der Küche, die länger als 1 Tag in der Küche bleiben?  ja  nein

Haben Sie Kompost im Garten?  ja  nein

Haben Sie eine Biotonne?  ja  nein

Wenn ja, wo? .....

Betreiben Sie eine Landwirtschaft?  ja  nein

Lagern Sie Stroh, Heu oder Getreide auf Ihrem Hof?  ja  nein

- Versorgen Sie Pferde, Hühner oder andere Tiere mit Einstreu oder Silage?  ja  nein
- Betreiben Nachbarn eine Landwirtschaft?  ja  nein
- Halten oder hielten Sie Vögel im Haus oder am Haus bzw. haben Sie viel Vogelkot an Fensterbänken oder nisten Vögel im oder nahe am Haus (Papagei, Wellensittich, Tauben, Hühner etc.)?  ja  nein
- Haben Sie direkten oder indirekten Kontakt mit einer grossen Voliere oder einem Taubenschlag?  ja  nein
- Schlafen Sie oder Ihr Partner/-in in Daunens-/Federbetten?  ja  nein
- Spielen Sie ein Blasmusikinstrument?  ja  nein
- Wenn ja, welches? .....

3.7 Listen Sie bitte alle Arten beruflicher Tätigkeiten (inkl. Ausbildung, ehrenamtliche Tätigkeiten) auf, die Sie jemals ausgeübt haben

Von	Bis	Berufliche Tätigkeit	Arbeitsstoffe / Gefahrstoffe
<i>Beispiel</i> 1987	1990	<i>Schreinerlehre: Holzbearbeitung, Lackieren</i>	<i>Holzstäube (Eiche, Fichte, Tanne), 2-Komponentenlacke auf Ölbasis</i>
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

3.8 Listen Sie bitte **alle** Medikamente sowie homöopathische Präparate, frei verkäufliche Mittel, pflanzlichen Präparate, Phytopharmaka, Appetitzügler, Mittel zur Gewichtsreduktion, ayurvedischen Mittel usw. auf, die Sie eingenommen haben/einnehmen (beginnend ab 5 Jahre vor Beschwerdebeginn)?

Von	Bis	Medikament	Verordnungsgrund
<i>Beispiel</i> 2020	<i>derzeit</i>	<i>Valsarten</i>	<i>Erhöhter Blutdruck</i>
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

3.9 Haben Sie eines der folgenden Medikamente eingenommen?

- Amiodaron  ja  nein  
 Wenn ja, von wann bis wann? .....
- Nitrofurantoin  ja  nein  
 Wenn ja, von wann bis wann? .....
- Antidepressiva  ja  nein  
 Wenn ja, von wann bis wann? .....

3.10 Haben Sie geraucht oder rauchen Sie noch?  ja  nein

Wenn ja, bitte alle Zeiten in Tabelle eintragen:

Von	Bis	Was?	Wie viele pro Tag?
<i>Beispiel</i> 1987	2007	Zigaretten	15
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

3.11 Wird oder wurde in Ihrer Umgebung oft in geschlossenen Räumen geraucht?  ja  nein

3.12 Haben Sie jemals Drogen genommen (auch Cannabis)?  ja  nein

3.13 Welche anderen bzw. Vor-Erkrankungen haben oder hatten Sie?

- Frühgeburtlichkeit  ja  nein
- Lungenerkrankungen in der Kindheit  ja  nein
- Diabetes  ja  nein
- Autoimmunerkrankung (Lupus erythematodes, Sklerodermie, Sjögren Syndrom, Granulomatose mit Polyangiitis (GAP, früher M. Wegener), Polymyositis, rheumatoide Arthritis)  ja  nein
- Starke Infektanfälligkeit, Immundefekte  ja  nein
- Krebserkrankungen  ja  nein
- Chronisch entzündliche Darmerkrankung (M. Crohn, Colitis ulcerosa)  ja  nein
- Schuppenflechte mit Gelenkbefall (Psoriasis-Arthritis)  ja  nein
- Heuschnupfen  ja  nein
- Hoher Blutdruck  ja  nein
- Herzschwäche  ja  nein
- Herzrhythmusstörungen  ja  nein
- Koronare Herzerkrankung / Herzinfarkt  ja  nein
- Schlaganfall  ja  nein

Durchblutungsstörungen der Beine («Schaufensterkrankheit», pAVK)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lungenembolie / tiefe Beinvenenthrombose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pneumothorax	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenschwäche / Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leberzirrhose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leberentzündung (Hepatitis)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Chronische Infektionserkrankungen (Hepatitis B, Hepatitis C, HIV)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Refluxerkrankung (GERD) bzw. Sodbrennen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlafapnoe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Knochenmarkserkrankung (inkl. niedrige Leukozyten und/oder Blutplättchen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nervenerkrankungen (Epilepsie, Depression)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Weitere für Sie wichtige:	.....	

3.14 Gibt es in Ihrer **Familie** (Eltern, Geschwister, eigene Kinder) folgende Erkrankungen?

Lungenfibrose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Exogen allergische Alveolitis (Vogelhalterlunge, Befeuchterlunge)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lungenkrebs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Andere	.....	

3.15 Haben Sie aussergewöhnlich früh graue Haare bekommen?  ja  nein

3.16 Gab es in den letzten 3 Jahren «aussergewöhnliche»  
Auslandsreisen außerhalb Europas  
(Tropen, Nordamerika, Afrika, Asien)?  ja  nein  
Wenn ja, wohin? .....

Vielen Dank, dass Sie uns dabei geholfen haben, uns optimal auf Sie vorbereiten zu können.

Wir freuen uns auf Sie!

**Quelle**

ILD Fragebogen, Konsensuspapier Interdisziplinäre Diagnostik interstitieller Lungenerkrankungen, Kreuter et al. Stand 10-22