



Bleibt Ihnen bei diesem Anblick die Luft weg?

Wenn ja, geben Sie bitte diesen ausgefüllten Bogen Ihrem Arzt.

Name: _____

Geb. Datum: _____

1. Wann tritt bei Ihnen Luftnot auf?	Bitte ankreuzen
Bei schwerer Belastung (z.B. Steigen von zwei Stockwerken, Getränkekiste tragen, schwere Garten- /Hausarbeit)	<input type="checkbox"/>
Bei leichter Belastung (z.B. Ankleiden, Gehen auf ebener Strecke)	<input type="checkbox"/>
In Ruhe (z.B. im Sitzen oder Liegen, ohne körperliche Belastung)	<input type="checkbox"/>

2. Wie oft müssen Sie nachts aufstehen zum Wasserlassen?	
Gar nicht	<input type="checkbox"/>
Mindestens 1x	<input type="checkbox"/>

3. Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten 2 Wochen erhöht?	
Nein	<input type="checkbox"/>
Ja, ich habe _____ kg zugenommen	<input type="checkbox"/>

4. Müssen Sie mit erhöhtem Oberkörper oder im Sitzen schlafen, damit Sie Luft bekommen?	
Nein	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>

5. Sind Ihre Beine geschwollen?	
Nein	<input type="checkbox"/>
Ja, die Knöchel und/oder Unterschenkel	<input type="checkbox"/>