

## Personalien

Name	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>
Ort	<input type="text"/>
Telefon-Nr.	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>

## Im Notfall zu benachrichtigen

Name	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>
Ort	<input type="text"/>
Telefon-Nr.	<input type="text"/>

Hausarzt (Stempel)	Facharzt (Stempel)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Krankheitsdaten

Diagnose	<input type="text"/>
bekannt seit (Datum)	<input type="text"/>
Emphysem	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rechtsherzbelastung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Langzeit-Sauerstofftherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja: <input type="text"/> I/Min. <input type="text"/> Std./Tag
Heimbeatmung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schlafapnoe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja: Insulin <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzmuskelschwäche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arterielle Verschlusskrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja: Schlaganfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
„Blutverdünnung“	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja: <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Andere
Weitere Erkrankungen	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

## Krankheitsdaten (Fortsetzung)

Raucher  ja  Zigaretten pro Tag seit  Jahren

nein

Ex-Raucher seit:

Wichtige  Schmerzmittel / Rheumamittel

Allergien /  
schwere  Antibiotika

Unverträglich-  
keiten  Nahrungsmittel

Biene / Wespe

andere:

Peak-Flow Persönlicher Bestwert

Asthmaschulung, durchgeführt (Jahr):

COPD-Schulung, durchgeführt (Jahr):

## Belastungstest

**Belastungstest vor Aufnahme in eine ambulante Lungensportgruppe (Datum):**

**Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale**  
(entsprechend den aktuellen Richtlinien)

**Durchführung:**

ohne Therapie  unter Dauertherapie  unter Prämedikation

FEV<sub>1</sub>-Abfall  % des Ausgangswertes

max. Herzfrequenz  Schläge / Min.

**Erwachsene oder Kinder/Jugendliche (außer Asthma)**

Strecke im 6-Minuten-Gehtest  m (mindestens 200 m)

Leistung über drei Minuten  Watt (mindestens 25 W)

Besondere Risiken erkannt  Rücksprache mit Arzt empfohlen

**Letzter Belastungstest** Datum  Training seit

**Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale**  
(entsprechend den aktuellen Richtlinien)

**Durchführung:**

ohne Therapie  unter Dauertherapie  unter Prämedikation

FEV<sub>1</sub>-Abfall  % des Ausgangswertes

max. Herzfrequenz  Schläge / Min.

**Erwachsene oder Kinder/Jugendliche (außer Asthma)**

Strecke im 6-Minuten-Gehtest  m (mindestens 200 m)

Leistung über drei Minuten  Watt (mindestens 25 W)

Besondere Risiken erkannt  Rücksprache mit Arzt empfohlen

# Bogen für die wöchentliche Dokumentation

## Drei Trainings-Einheiten pro Woche

Datum	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Peak-Flow (l/min.) vor dem Training	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
entspricht Zone	<input type="checkbox"/> grün <input type="checkbox"/> gelb <input type="checkbox"/> rot	<input type="checkbox"/> grün <input type="checkbox"/> gelb <input type="checkbox"/> rot	<input type="checkbox"/> grün <input type="checkbox"/> gelb <input type="checkbox"/> rot
Peak-Flow (l/min.) nach dem Training	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
entspricht Zone	<input type="checkbox"/> grün <input type="checkbox"/> gelb <input type="checkbox"/> rot	<input type="checkbox"/> grün <input type="checkbox"/> gelb <input type="checkbox"/> rot	<input type="checkbox"/> grün <input type="checkbox"/> gelb <input type="checkbox"/> rot
Sauerstoffsättigung in Ruhe (%)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Sauerstoffsättigung bei Belastung (%)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Sauerstoffzufuhr in Ruhe (l)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Sauerstoffzufuhr beim Training (l)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Fieberhafter Infekt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Atemnot bei Belastung	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	0 (keine) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (sehr starke)		

Medikamente vor dem Training	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input style="width: 50%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input style="width: 50%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input style="width: 50%;" type="text"/>
Trainingsdauer (min.)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Trainingsintensität	<input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> hoch	<input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> hoch	<input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> hoch
Maximale Herzfrequenz in Ruhe	<input style="width: 50%;" type="text"/> /min.	<input style="width: 50%;" type="text"/> /min.	<input style="width: 50%;" type="text"/> /min.
Maximale Herzfrequenz bei Belastung	<input style="width: 50%;" type="text"/> /min.	<input style="width: 50%;" type="text"/> /min.	<input style="width: 50%;" type="text"/> /min.
Trainingsinhalt			
Trainingsmodalitäten (Wdhlg., ...)			
Besondere Ereignisse			