



SYMPTOM-TAGEBUCH ZUR BRONCHIEKTASEN-ERKRANKUNG

Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit auf die Symptome Ihrer Bronchiektasen-Erkrankung

Verschlimmern sich Symptome Ihrer Bronchiektasen-Erkrankung wie Husten, erhöhte Schleimproduktion, Kurzatmigkeit und Müdigkeit mit der Zeit, **könnte es ein Schub sein**. Da sich durch Schübe Ihre Erkrankung insgesamt verschlechtern kann, ist es wichtig, Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt davon zu berichten. So können Sie gemeinsam daran arbeiten, Schübe in den Griff zu bekommen.

Verschlimmern sich folgende oder andere Symptome der Bronchiektasen-Erkrankung, könnte es ein Schub sein:



Husten



Schleimproduktion



Veränderte Schleimfarbe und/oder -konsistenz



Blut im Schleim



Kurzatmigkeit



Müdigkeit

Es ist wichtig, sich verschlimmernde Symptome der Bronchiektasen-Erkrankung zu dokumentieren. Folgen Sie dabei diesen Schritten:

1. Notieren Sie zuerst die Woche, die Sie dokumentieren. Kreisen Sie am Ende der Woche eine Wochenbewertung ein (besser, normal oder schlimmer).
2. Kreuzen Sie täglich an, welche Symptome schlimmer wurden. So können Sie Tage nachvollziehen, die schlechter waren.
3. Vermuten Sie einen Schub, kreuzen Sie „Mit Ärztin bzw. Arzt teilen“ an. Zudem können Sie mögliche Auslöser unten rechts auf dem Formular festhalten.
4. Drucken Sie so viele Seiten wie nötig aus, um mehrere Wochen zu dokumentieren.
5. Ausgefüllt und mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt geteilt, hilft dieses Tagebuch, etwaige Schübe zu besprechen. Zudem können Sie unten rechts auf dem Formular ankreuzen, wenn Sie eine Woche mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt besprochen haben.

BEISPIEL

WOCHE: 10.08. - 17.08

MEINE WOCHE WAR: besser normal **schlimmer**

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag
<p>Heute fühle ich mich: <i>erschöpft</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Husten</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Schleimproduktion</p> <p><input type="checkbox"/> Veränderte Schleimkonsistenz</p> <p><input type="checkbox"/> Veränderte Schleimfarbe</p> <p><input type="checkbox"/> Blut im Schleim</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Kurzatmigkeit</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Müdigkeit</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sonstiges: <i>Gliederschmerzen</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Mit Ärztin bzw. Arzt teilen</p>	<p>Heute fühle ich mich: <i>Ein guter Tag!</i></p> <p><input type="checkbox"/> Husten</p> <p><input type="checkbox"/> Schleimproduktion</p> <p><input type="checkbox"/> Veränderte Schleimkonsistenz</p> <p><input type="checkbox"/> Veränderte Schleimfarbe</p> <p><input type="checkbox"/> Blut im Schleim</p> <p><input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Müdigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges:</p> <p><input type="checkbox"/> Mit Ärztin bzw. Arzt teilen</p>	<p>Heute fühle ich mich: <i>normal</i></p> <p><input type="checkbox"/> Husten</p> <p><input type="checkbox"/> Schleimproduktion</p> <p><input type="checkbox"/> Veränderte Schleimkonsistenz</p> <p><input type="checkbox"/> Veränderte Schleimfarbe</p> <p><input type="checkbox"/> Blut im Schleim</p> <p><input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Müdigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges:</p> <p><input type="checkbox"/> Mit Ärztin bzw. Arzt teilen</p>	<p>Heute fühle ich mich: <i>müde</i></p> <p><input type="checkbox"/> Husten</p> <p><input type="checkbox"/> Schleimproduktion</p> <p><input type="checkbox"/> Veränderte Schleimkonsistenz</p> <p><input type="checkbox"/> Veränderte Schleimfarbe</p> <p><input type="checkbox"/> Blut im Schleim</p> <p><input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Müdigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges:</p> <p><input type="checkbox"/> Mit Ärztin bzw. Arzt teilen</p>

Mögliche Auslöser: *Hohe Luftfeuchtigkeit*

Nutzen:

Mit Ärztin bzw. Arzt besprochen

Machen Sie Kreuzchen bei den Symptomen, die sich verschlimmert oder verändert haben

WOCHE: _____

MEINE WOCHE WAR: **besser** **normal** **schlimmer**

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag
Heute fühle ich mich: _____	Heute fühle ich mich: _____	Heute fühle ich mich: _____	Heute fühle ich mich: _____
<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Husten
<input type="checkbox"/> Schleimproduktion	<input type="checkbox"/> Schleimproduktion	<input type="checkbox"/> Schleimproduktion	<input type="checkbox"/> Schleimproduktion
<input type="checkbox"/> Veränderte Schleimkonsistenz	<input type="checkbox"/> Veränderte Schleimkonsistenz	<input type="checkbox"/> Veränderte Schleimkonsistenz	<input type="checkbox"/> Veränderte Schleimkonsistenz
<input type="checkbox"/> Veränderte Schleimfarbe	<input type="checkbox"/> Veränderte Schleimfarbe	<input type="checkbox"/> Veränderte Schleimfarbe	<input type="checkbox"/> Veränderte Schleimfarbe
<input type="checkbox"/> Blut im Schleim	<input type="checkbox"/> Blut im Schleim	<input type="checkbox"/> Blut im Schleim	<input type="checkbox"/> Blut im Schleim
<input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit
<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Müdigkeit
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
<input type="checkbox"/> Mit Ärztin bzw. Arzt teilen	<input type="checkbox"/> Mit Ärztin bzw. Arzt teilen	<input type="checkbox"/> Mit Ärztin bzw. Arzt teilen	<input type="checkbox"/> Mit Ärztin bzw. Arzt teilen

Freitag	Samstag	Sonntag
Heute fühle ich mich: _____	Heute fühle ich mich: _____	Heute fühle ich mich: _____
<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Husten
<input type="checkbox"/> Schleimproduktion	<input type="checkbox"/> Schleimproduktion	<input type="checkbox"/> Schleimproduktion
<input type="checkbox"/> Veränderte Schleimkonsistenz	<input type="checkbox"/> Veränderte Schleimkonsistenz	<input type="checkbox"/> Veränderte Schleimkonsistenz
<input type="checkbox"/> Veränderte Schleimfarbe	<input type="checkbox"/> Veränderte Schleimfarbe	<input type="checkbox"/> Veränderte Schleimfarbe
<input type="checkbox"/> Blut im Schleim	<input type="checkbox"/> Blut im Schleim	<input type="checkbox"/> Blut im Schleim
<input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit
<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Müdigkeit
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
<input type="checkbox"/> Mit Ärztin bzw. Arzt teilen	<input type="checkbox"/> Mit Ärztin bzw. Arzt teilen	<input type="checkbox"/> Mit Ärztin bzw. Arzt teilen

Mögliche Auslöser: _____

Notizen: _____

Mit Ärztin bzw. Arzt besprochen

Könnte es ein Schub sein? Sprechen Sie mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt!



Es ist wichtig, Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt mitzuteilen, wenn Sie Schübe vermuten und wie diese Ihr Leben beeinträchtigen. Nur so kann Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt entscheiden, wie Ihre Beschwerden am besten behandelt werden können. Entscheidend ist aber, dass Sie Ihre Symptome dokumentieren.

Einige Fragen, die Sie Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt zur Bronchiektasen-Erkrankung stellen können

Ich hatte etwa _____
Anzahl
Schübe seit meinem letzten Termin. Kann ich
etwas tun, um weniger davon zu bekommen?

Es scheint, als träten bei mir Schübe bei/
wenn _____
Auslöser
dazu zwingt, _____
Reaktion
Können wir etwas tun, um meine
Beschwerden zu behandeln?

Was kann ich tun, wenn Schübe immer
häufiger auftreten?

Gibt es bestimmte Auslöser, die mein Risiko
für Schübe erhöhen?

Haben Schübe Auswirkungen auf
meine Erkrankung?
