

## ENGLISCH/ENGLISH

### 4. Atembeschwerden *-breathing issues, shortage of breath*

#### DEUTSCH

#### ENGLISH

Seit wann haben Sie  
Atembeschwerden?

Since when do you have an issue  
breathing?

1 Tag

1 day

2 bis 6 Tage

2 to 6 days

über 1 Woche

More than one week

1 Monat

1 month

immer

always

BITTE KREUZEN SIE  
ZUTREFFENDES AN.

PLEASE MARK THE RELEVANT

		Ja/ Yes	Nein/ No
Ich habe Atemnot.	<i>I have shortage of breath.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe nächtliche Atemaussetzer.	At night I stop breathing occasionally.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Schlafstörungen.	<i>I have problems sleeping.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann nur noch im Sitzen schlafen, weil ich sonst keine Luft bekomme.	<i>I only sleep while sitting, if I do not I have trouble breathing.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schnarche sehr laut.	<i>I snore very loud.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe geschwollene Beine.	<i>My legs are swollen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Wenn Sie Atemnot haben,  
wann tritt diese auf?**

***If you have shortage of breath,  
when does it normally occur?***

<input type="checkbox"/> bei körperlicher Anstrengung oder Belastung	<i>Excercising physically</i>		
<input type="checkbox"/> nachts oder im Liegen	<i>At night or while lieing down</i>		
<input type="checkbox"/> Haben Sie Husten? Wenn ja:	<i>Do you cough, if so:</i>		
<input type="checkbox"/> trockener Husten	<i>Dry cough</i>		
<input type="checkbox"/> Reizhusten	<i>Nervous cough</i>		
<input type="checkbox"/> Husten mit Auswurf	<i>Cough with sputum</i>		
<input type="checkbox"/> krampfartiger Husten	<i>Spasmodic cough</i>		
<input type="checkbox"/> Wann haben Sie Husten?	<i>When do you cough</i>		
<input type="checkbox"/> nachts	<i>At night</i>		
<input type="checkbox"/> morgens	<i>In the morining</i>		
<input type="checkbox"/> mittags	<i>During the day/ at noon</i>		
<input type="checkbox"/> abends	<i>In the evening</i>		
<input type="checkbox"/> immer	<i>Always</i>		
<input type="checkbox"/> nur im Liegen	<i>Only lying down</i>		
		Ja/ Yes	Nein/ No
Sind Sie heiser?	<i>Are you raspy?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie Tabak?	<i>Do you smoke tobacco/cigarettes?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Atembeschwerden, wenn Sie sich anstrengen?	<i>Do you have shortage of breath when you excercise/ are physically active?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Atembeschwerden, wenn Sie sich nicht bewegen?	<i>Do you have shortage of breath while NOT moving?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlt sich Ihr Brustkorb eingeengt an?	<i>Do you feel pressure on your ribcage?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wenn ja, wann fühlt sich  
ihr Brustkorb eingeengt  
an?**

***If so, when does your ribcage feel  
pressured?***



- 
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> bei körperlicher Anstrengung<br>oder Belastung | <i>Being physically active or having stress</i> |
| <input type="checkbox"/> in Ruhe  | <i>While resting</i>                            |