

Adressaufkleber  
der Praxis

Bitte korrigieren Sie die oben stehende Adresse, falls die Angaben falsch sind. Diese Anschrift soll in unserer Dokumentation ("Aufatmen in Nordrhein-Westfalen") veröffentlicht werden.

Rückfragen zum Fragebogen und/oder zur Befragungsaktion richten Sie bitte an die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats<sup>1)</sup>, Frau Beate Konietzko (Defreggerstr. 27, 45147 Essen, Tel.: 0201 / 785 374) oder an:

*Herrn Christoph von Loeben*  
bei Patients' Care Mainz  
(Institut und Verlag für Patientenschulung und  
Patienteninformation)  
Wormser Straße 81  
55276 Oppenheim  
Tel. 06133 – 2021

der die Herausgeber  
Dt. Allergie- und Asthmabund e.V. und Patientenliga Atem-  
wegserkrankungen e.V. vertritt.

Den ausgefüllten Fragebogen senden Sie bitte mit dem  
voradressierten Briefumschlag zurück.

## **Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V.**

*zusammen mit*

## **Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.**

### **FRAGEBOGEN FÜR NIEDERGELASSENE PHYSIOTHERAPEUTEN**

*Thema:*  
Pneumologische Versorgung  
in Nordrhein-Westfalen

Unter dem Titel:  
**"Aufatmen in Nordrhein-Westfalen"**

---

<sup>1)</sup> **Prof. Dr. N. Konietzko** und **PD Dr. H. Teschler**, Ruhrlandklinik, Tuschener Weg 40,  
45239 Essen  
**Dr. K. Moritz**, Sulzgürtel 16, 50937 Köln  
**N. Mulleneisen**, Königsberger Platz 5, 51371 Leverkusen  
**Prof. Dr. G. Schultze-Werninghaus**, Krankenanstalten „Bergmannsheil“ Med. Klinik  
und Poliklinik, Burkle de la Camp-Platz 1, 44789 Bochum  
**Prof. Dr. B. Berdel**, Marienhospital Wesel, Pastor-Janßen-Strasse, 46438 Wesel  
**Dr. F. Friedrichs**, Rathausstr. 10, 52077 Aachen

Bitte kreuzen Sie die Kategorien an, in denen Sie sich wiederfinden und markieren Sie diese. .

1. Wieviele Patienten im Jahr werden Ihnen zur Atemtherapie verordnet?

Erwachsene (Einzel): \_\_\_\_\_

Kinder (Einzel): \_\_\_\_\_

2. Welche Krankheitsbilder werden verordnet?

- |                               |                             |                               |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| - Asthma                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Chronisch obstr. Bronchitis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Emphysem                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Mukoviszidose               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Z. nach Lungenoperationen   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Lungentransplantation       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - andere _____                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

3. Wer verordnet vorwiegend?

- |               |                             |                               |
|---------------|-----------------------------|-------------------------------|
| - prakt. Arzt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Kinderarzt  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Internist   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Pneumologe  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

4. Nach welcher „Atemtherapie-Methode“ behandeln Sie?

- |  |                             |
|--|-----------------------------|
| - In der Ausbildung vermittelte Atemtherapie auf patho-physiologischer Grundlage (meist nach H. Ehrenberg und Konzept der AG Atemtherapie u. Arbeitskreis d. Mukoviszidose e.V.) | <input type="checkbox"/> ja |
| - Lösungstherapie nach Schaarschuch / Haase  | <input type="checkbox"/> ja |
| - Reflektorische Atemtherapie nach Schmitt / Bruñe   | <input type="checkbox"/> ja |
| - Edel / Knauth  | <input type="checkbox"/> ja |
| - Der erfahrbare Atem nach Middendorf  | <input type="checkbox"/> ja |

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| - Schule Schlaffhorst-Andersen            | <input type="checkbox"/> ja |
| - Fernöstlich orientierte Methoden: _____ | <input type="checkbox"/> ja |
| - Andere: _____                           | <input type="checkbox"/> ja |

5. Betreuen Sie eine Asthma-Gruppe, bzw. eine Lungensportgruppe?  ja  nein

Wenn ja – in: \_\_\_\_\_

6. Welche Fortbildung haben Sie gemacht?

- in der Atemtherapie:

\_\_\_\_\_

- in der Physiotherapie in der Inneren Medizin:

\_\_\_\_\_

- in Entspannungstechniken:

\_\_\_\_\_

7. Zählen Sie bitte die Techniken auf, mit denen Sie Ihre Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen (Erwachsene) behandeln:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass die Adresse meiner Praxis in der Informationsschrift veröffentlicht wird.

Datum:

Unterschrift:

Stempel: