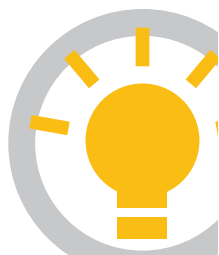


Mein Aktionsplan

Vorname und Name: _____

Copyright
Verein Lunge Zürich



Ansprechpersonen

Zu Bürozeiten

| <u>Dienststelle</u> | <u>Vorname und Name</u> | <u>Telefonnummer</u> |
|---------------------|-------------------------|----------------------|
| Hausarzt | | |
| Lungenarzt | | |
| Spital | | |
| Andere | | |
| Andere | | |

Copyright
Verein Lunge Zürich

Ausserhalb der Bürozeiten und am Wochenende

| <u>Dienststelle</u> | <u>Vorname und Name</u> | <u>Telefonnummer</u> |
|---------------------|-------------------------|----------------------|
| Notfalldienst | – | 144 |
| Andere | | |
| Andere | | |
| Andere | | |

Empfehlungen meines Arztes für meinen Aktionsplan

Copyright
Verein Lunge Zürich

Ich fühle mich stabil

Meine gewöhnlichen Symptome

- ▶ Atemnot; ich habe Atemnot bei:

.....

- | | | |
|----------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| ▶ Husten | ▶ Auswurf | ▶ Farbe des Auswurfs |
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Weiss |
| <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Andere: |

Meine Handlungen

- ▶ Ich vermeide Faktoren, die meine Symptome verschlechtern könnten.
- ▶ Ich plane jeden Tag im Voraus.
- ▶ Ich nehme meine Medikamente gemäss Verordnung meines Arztes.
- ▶ Ich ernähre mich ausgewogen.
- ▶ Ich trainiere regelmässig meine Atmung, Kraft und Ausdauer.

Copyright
Verein Lunge Zürich

Meine regelmässige Behandlung für die Lunge

| <u>Medikament</u> | <u>Dosis</u> | <u>Anzahl Hübe/Tabletten</u> | <u>Häufigkeit</u> |
|-------------------|--------------|------------------------------|-------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Copyright
Verein Lunge Zürich

Mein regelmässiges Training

| <u>Training</u> | <u>Übung</u> | <u>Intensität</u> | <u>Häufigkeit</u> |
|------------------|--------------|-------------------|-------------------|
| Atemtechnik | | | |
| Ausdauertraining | | | |
| Entspannung | | | |
| Krafttraining | | | |
| | | | |

Ich fühle mich weniger gut

Meine Symptome

- ▶ Ich habe etwas mehr Atemnot als üblich.

Meine Handlungen

- ▶ Ich wende meine Atemtechnik an, führe Entspannungsübungen durch und achte auf meine Körperhaltung.
- ▶ Ich nehme meine Bronchien erweiternden Medikamente und zusätzlich ein schnell wirkendes Bronchien erweiterndes Medikament ein.
- ▶ Ich vermeide wenn möglich die Aussetzung gegenüber Umweltfaktoren, die meine Symptome verschlechtern (Rauch, Stress, extreme Temperatur- und Klimaschwankungen).
- ▶ Falls keine Besserung eintritt oder meine Symptome sich verschlechtern, melde ich mich bei meinem Arzt/meiner Fachperson.

Meine Behandlung für die Lunge

| <u>Bronchodilatator</u> | <u>Dosis</u> | <u>Anzahl</u> <u>Hübe</u> | <u>Häufigkeit</u> | <u>Anzahl Tage</u> |
|-------------------------|--------------|------------------------------|-------------------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Meine zusätzliche Behandlung für die Lunge

| <u>Bronchodilatator</u> | <u>Dosis</u> | <u>Anzahl</u> <u>Hübe</u> | <u>Häufigkeit</u> | <u>Anzahl Tage</u> |
|-------------------------|--------------|------------------------------|-------------------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Copyright
Verein Lunge Zürich

Ich fühle mich schlechter

Meine Symptome

Bitte beachten Sie, dass eine Erkältung oder Halsschmerzen diesen Symptomen vorausgehen können.

- ▶ Ich habe neu Husten oder mehr Husten als üblich.
- ▶ Ich habe neu Auswurf oder mehr Auswurf als üblich und/oder bei meinem Auswurf hat sich die Farbe verändert.

Meine Handlungen

- ▶ Ich vermeide alles, was meine Symptome verschlechtern könnte.
- ▶ Ich wende meine Atemtechnik an, führe Entspannungsübungen durch und achte auf meine Körperhaltung.
- ▶ Ich plane den Tagesablauf so, dass ich weniger Kurzatmigkeit habe.
- ▶ Ich melde mich bei meiner Kontaktperson:

-
- ▶ Ich erhöhe die Dosis und/oder Häufigkeit meiner Bronchien erweiternden Medikamente (Bronchodilatoren).
 - ▶ Falls nach 2 Tagen keine Besserung eintritt, beginne ich zusätzlich mit der Einnahme von Kortison und melde mich bei meinem Arzt/meiner Fachperson:

-
- ▶ Falls innerhalb von weiteren 2 Tagen erneut keine Besserung eintritt, melde ich mich wieder bei meinem Arzt/meiner Fachperson und bespreche die Einnahme des Antibiotikums, das mein Arzt in Reserve verordnet hat.

Meine Behandlung bei einer Verschlechterung

Steigern der Inhalation mit...

| <u>Bronchodilatator</u> | <u>Dosis</u> | <u>Anzahl</u> <u>Hübe</u> | <u>Häufigkeit</u> | <u>Anzahl Tage</u> |
|-------------------------|--------------|------------------------------|-------------------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |

Falls keine Verbesserung nach _____ :

Meine **zusätzliche** Behandlung bei einer Verschlechterung

| <u>Kortison</u> | <u>Dosis</u> | <u>Anzahl</u> <u>Tabletten</u> | <u>Häufigkeit</u> | <u>Anzahl Tage</u> |
|-----------------|--------------|-----------------------------------|-------------------|--------------------|
| | | | | |

Falls keine Verbesserung nach _____ :

Meine **zusätzliche** Behandlung bei einer Verschlechterung

| <u>Antibiotikum</u> | <u>Dosis</u> | <u>Anzahl</u> <u>Tabletten</u> | <u>Häufigkeit</u> | <u>Anzahl Tage</u> |
|---------------------|--------------|-----------------------------------|-------------------|--------------------|
| | | | | |

Ich fühle mich deutlich schlechter

Meine Symptome

- ▶ Meine Symptome verbessern sich trotz ausgebauter Therapie nicht oder verschlechtern sich weiter.

Meine Handlungen

- ▶ Ich vereinbare einen dringenden Arzttermin:
.....
- ▶ Ausserhalb der Bürozeiten oder am Wochenende wende ich mich an den Notfalldienst, wenn ich nicht warten kann.

Kommentar des Arztes:

Ich glaube, dass mein Leben in Gefahr ist



Meine Symptome

Jede Situation, in der ich...

- ▶ ...extreme Kurzatmigkeit spüre.
- ▶ ...verwirrt und/oder schläfrig bin.
- ▶ ...Brustschmerzen habe.

Meine Handlungen

- ▶ Ich wähle die Nummer 144, um eine Ambulanz anzufordern.
- ▶ Folgende Angaben sind für die Ambulanz schon am Telefon wichtig:

Vorname und Name:

Meine Adresse:

Mein Alter:

Welches ist meine Grunderkrankung?

Welches ist mein aktuelles Problem?

Welche Medikamente habe ich in den letzten 24 Stunden eingenommen?

Name und Telefon meines Hausarztes:

Copyright
Veren Lunges Zürich

Dokumentation meines Fortschritts

Tragen Sie bei Ausdauer, Kraft, Stimmung und COPD-Kompetenz die folgenden Pfeile ein, um Ihre Fortschritte zu dokumentieren:

→ unverändert

↑ besser

↘ schlechter

↓ deutlich schlechter

Trainingsdokumentation

| | <u>Vor Schulung</u> | <u>Nach Schulung</u> | <u>Nach 3 Monaten</u> | <u>Nach 6 Monaten</u> | <u>Nach 1 Jahr</u> |
|---|---------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------|
| «Sitz- und Stehtest» (Anzahl) Referenzwert: | | | | | |
| «6-Minuten-Gehtest» (Meter) | | | | | |
| Ausdauer | | | | | |
| Kraft | | | | | |

Stimmung und COPD-Kompetenz

| | <u>Vor Schulung</u> | <u>Nach Schulung</u> | <u>Nach 3 Monaten</u> | <u>Nach 6 Monaten</u> | <u>Nach 1 Jahr</u> |
|----------------|---------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------|
| Stimmung | | | | | |
| COPD-Kompetenz | | | | | |

Rauchstopp

| <u>Vor Schulung</u> | <u>Nach Schulung</u> | <u>Nach 3 Monaten</u> | <u>Nach 6 Monaten</u> | <u>Nach 1 Jahr</u> |
|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Meine Notizen

Copyright
Verein Lunge Zürich

Dieser Aktionsplan wurde Ihnen überreicht von:

Copyright
Verein Lunge Zürich

Hinweise zu dieser Ausgabe

Der vorliegende überarbeitete Aktionsplan basiert auf dem Programm «Living well with COPD», das an der McGill University, Montreal (Kanada), initiiert und evaluiert wurde (www.livingwellwithcopd.com).

Die vorliegende Ausgabe wurde durch folgende Personen überarbeitet:

- ▶ Dr. med. Claudia Steurer-Stey, Fachärztin für Pneumologie und Innere Medizin,
Institut für Hausarztmedizin, UniversitätsSpital Zürich
- ▶ Kaba Dalla Lana, dipl. Physiotherapeutin PRT, Institut für Hausarztmedizin, UniversitätsSpital Zürich



LUNGE ZÜRICH

Hilft. Informiert. Wirkt.

Copyright
Verein Lunge Zürich

Verein Lunge Zürich

Wilfriedstrasse 7, 8032 Zürich

T 044 268 20 00, F 044 268 20 20, info@lunge-zuerich.ch

www.lunge-zuerich.ch, Spendenkonto: 80-1535-7

