

FRAGEBOGEN DMP ASTHMA BRONCHIALE

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

Name | Vorname

Geburtsdatum

Wie hoch ist ihr Blutdruck in der letzten Zeit?

Rauchen Sie?

Ja

Nein

Wie hoch ist Ihr aktuelles Gewicht?

ASTHMA-BESCHWERDEN IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN?

Häufigkeit von Asthma Symptomen tagsüber?
(Hustenreiz, Luftnot bei körperlicher Belastung oder in Ruhe)

Keine

<1 Mal/
Woche

1 Mal/
Woche

2 Mal/
Woche

>2 Mal/
Woche

Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation?
(z.B. Salbutamol-Spray)

Keine

<1 Mal/
Woche

1 Mal/
Woche

2 Mal/
Woche

>2 Mal/
Woche

Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma?

Ja

Nein

Notfallmäßige ärztliche Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation?

Ja

Nein

Asthma-bedingte Störung des Nachtschlafes?

Ja

Nein

Waren Sie im letzten Jahr beim Pulmologen?

Ja

Nein

Ort | Datum

Unterschrift des Patienten