

FRAGEBOGEN DMP COPD

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?

EREIGNISSE SEIT DER LETZTEN DOKUMENTATION:

Häufigkeit von akuten Verschlechterungen z.B. wegen bronchialer Infekte?

An Tabakentwöhnungsprogramm teilgenommen?

- Ja
 Nein

Notfallmäßige ärztliche Behandlung wegen COPD

Waren Sie im letzten Jahr beim Pulmologen?

- Ja
 Nein

Ort | Datum

Unterschrift des Patienten