



FRAGEBOGEN DMP COPD

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

Name | Vorname

Geburtsdatum

Wie hoch ist ihr Blutdruck in der letzten Zeit?

mmHg

Rauchen Sie?

Ja

Nein

Wie hoch ist Ihr aktuelles Gewicht?

kg

EREIGNISSE SEIT DER LETZTEN DOKUMENTATION:

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

mal

An Tabakentwöhnungsprogramm teilgenommen?

Ja

Nein

Notfallmäßige ärztliche Behandlung wegen COPD

mal

Waren Sie im letzten Jahr beim Pulmologen?

Ja

Nein

Ort | Datum

Unterschrift Patient