

Fragebogen zu Ihrer Kontrolluntersuchung (DMP-COPD)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Liebe Patientin/Lieber Patient,

da Sie an einer chronischen Lungenerkrankung leiden, möchten wir heute eine Kontrolluntersuchung bei Ihnen durchführen. Um Ihren aktuellen Gesundheitszustand einschätzen zu können, beantworten Sie uns bitte die nachfolgenden Fragen.

1. Wie oft haben sich innerhalb der letzten 12 Monate die Symptome Ihrer COPD so verschlechtert, dass eine Dosiserhöhung Ihrer Medikamente notwendig war?

nie 1x 2x 3x 4x oder öfter

2. Wie oft mussten Sie aufgrund Ihrer COPD innerhalb der letzten 12 Monate stationär im Krankenhaus behandelt werden

nie 1x 2x 3x 4x oder öfter

3. Der nachfolgende Test gibt wieder, inwieweit Sie aufgrund Ihrer Erkrankung von Atemnot betroffen sind. Kreuzen Sie dafür bitte das zutreffende weiße Feld links neben der Punktzahl an.

Modified Medical Research Council (mMRC-) Dyspnoeskala	
Punktzahl	Beschreibung
0	Ich bekomme nur Atemnot bei sehr starker Belastung
1	Ich bekomme Atemnot bei schnellem Gehen in der Ebene oder bei leichter Steigung
2	Wegen meiner Atemnot gehe ich langsamer als andere Personen meines Alters ODER bin beim Gehen in der Ebene zum Stehenbleiben gezwungen
3	Ich muss bei einer Gehstrecke von 100 Metern oder nach 2 Minuten stehen bleiben
4	Ich kann wegen meiner Atemnot das Haus nicht verlassen oder komme beim An- und Ausziehen außer Atem

4. Was möchten Sie heute mit Ihrem Arzt auf jeden Fall besprechen? _____

Bitte geben Sie das vollständig ausgefüllte Formular an unserer Anmeldung ab. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.