DR. MED.
ALEX-FLORIAN FILIP
Allgemeinmedizin · Verkehrsmedizin

FRAGEBOGEN DMP COPD

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Sind Sie bei einem Lungenfacharzt angebunden? Falls ja, bei wem?

_____

Nutzen Sie Sprays oder andere Medikamente (z.B. Cortison) für Ihre Lungenerkrankung? Falls ja, welche Medikamente inkl. Dosis und Häufigkeit der Einnahme?

_____

_____

_____

Rauchen Sie oder haben Sie einmal geraucht? Falls ja, wie lange, wie viele Zigaretten am Tag rauchen/haben Sie geraucht, E-Zigarette oder Zigaretten?

_____

Leiden Sie an einer oder mehreren folgenden Beschwerden?

Husten Sie täglich mehrfach? ◯ ja ◯ nein

Haben Sie Auswurf? ◯ ja ◯ nein

Schnarchen Sie oder wurde Ihnen schon gesagt, dass Sie im Schlaf Atemaussetzer haben?

_____

Wie viele Treppenstufen schaffen Sie ohne Pause und Luftnot hinaufzusteigen?

_____

Haben Sie die jährliche Grippeschutzimpfung erhalten? ◯ ja ◯ nein

Haben Sie eine Pneumokokken-Schutzimpfung? ◯ ja ◯ nein

Ausgefüllt am _____