

Fragebogen zu Ihrer Kontrolluntersuchung (DMP-Asthma)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Liebe Patientin/Lieber Patient,

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

1. Hatten Sie in der letzten Zeit öfter als 2x pro Woche Asthma-Symptome (Atemnot, Kurzatmigkeit, Engegefühl in der Brust)?

ja nein

2. Waren Sie aufgrund Ihrer Asthmaerkrankung in der letzten Zeit in Ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt?

ja nein

3. Litten Sie in der letzten Zeit nachts unter Asthma-Symptomen? (Atemnot, Kurzatmigkeit, Engegefühl in der Brust)

ja nein

4. Mussten Sie in letzter Zeit Ihre Notfallmedikamente öfter als 2x pro Woche benutzen?

ja nein

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

nie 1x 2x 3x 4x oder öfter

6. Wie oft mussten Sie aufgrund Ihrer Asthmaerkrankung innerhalb der letzten 12 Monate stationär im Krankenhaus behandelt werden?

nie 1x 2x 3x 4x oder öfter

7. Haben Sie Allergien?

Ja → welche? _____ nein

8. 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.