



DMP COPD

Verlauf Q

.....

.....

Ja Nein

- ☐ ☐ Benutzen Sie Ihren Inhalator regelmäßig?
- ☐ ☐ Rauchen Sie noch? Wann haben Sie aufgehört? _____
- ☐ ☐ Ist Ihr Impfstatus aktuell? ☐ ☐ Haben Sie Ihr Impfbuch dabei?

MEP-Fragebogen - Wie erging es Ihnen seit der letzten Kontrolluntersuchung?

1. Haben sich die Symptome Ihrer COPD-Erkrankung inzwischen deutlich verschlechtert?	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie zwischenzeitlich wegen einer akuten Verschlechterung Ihrer COPD außerplanmäßig einen Arzt benötigt?	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
3. Hatten Sie wegen Ihrer COPD seit dem letzten Besuch in der Praxis einen stationären Krankenhausaufenthalt?	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
4. Haben Sie Ihr inhalatives Medikament häufiger einsetzen oder Ihr Bedarfsmedikament öfter anwenden müssen?	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie zusätzliche Medikamente zum Einnehmen wegen Ihrer COPD benötigt (z. B. Antibiotika oder Kortison)?	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Anzahl Ihrer Ja-Antworten				<input type="checkbox"/>
Verifikation tatsächlicher evtl. Exazerbation/en mithilfe gezielter Anamnese durch Arzt bzw. health professional. Dieser Wert sollte longitudinal in der Patienten-Akte dokumentiert werden.				Anzahl der Ja-Antworten nach Verifikation <input type="checkbox"/>