

Erfassung und Dokumentation von Veränderungen der COPD-Erkrankung seit dem letzten Besuch in der Arztpraxis

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
es kann vorkommen, dass sich Ihre COPD-Erkrankung unvermittelt deutlich verschlechtert. Das zeigt sich dadurch, dass die Symptome Ihrer Erkrankung mehr zunehmen als bei den normalen täglichen Schwankungen. Häufig begleitet eine solche Verschlechterung eine Infektion der Atemwege. Oft sind auch zusätzliche Arztbesuche und eine Veränderung der Medikation erforderlich. Für Ihren behandelnden Arzt ist es wichtig zu erfahren, ob ein solches Ereignis stattgefunden hat, damit er die Therapie für Sie optimal gestalten kann. Bitte beantworten Sie dazu die folgenden Fragen:

Wie ist Ihr jetziges Befinden?

Beispiel:

Ich bin sehr glücklich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich bin sehr traurig
------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------

Bitte tragen Sie hier Ihre Antworten ein:

	0	1	2	3	4	5	
Ich huste nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich huste ständig
Ich bin überhaupt nicht verschleimt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich bin völlig verschleimt
Ich spüre keinerlei Engegefühl in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich spüre ein sehr starkes Engegefühl in der Brust
Wenn ich bergauf oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich nicht außer Atem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ich bergauf oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich sehr außer Atem
Ich bin bei meinen häuslichen Aktivitäten nicht eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich bin bei meinen häuslichen Aktivitäten sehr stark eingeschränkt
Ich habe keine Bedenken, trotz meiner Lungenerkrankung das Haus zu verlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich habe wegen meiner Lungenerkrankung große Bedenken, das Haus zu verlassen
Ich schlafe tief und fest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wegen meiner Lungenerkrankung schlafe ich nicht tief und fest
Ich bin voller Energie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich habe überhaupt keine Energie

Ergebnis

Wie erging es Ihnen seit der letzten Kontrolluntersuchung?

1. Haben sich die Symptome Ihrer COPD-Erkrankung inzwischen deutlich verschlechtert?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------

2. Haben Sie zwischenzeitlich wegen einer akuten Verschlechterung Ihrer COPD außerplanmäßig einen Arzt benötigt?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------

3. Hatten Sie wegen Ihrer COPD seit dem letzten Besuch in der Praxis einen stationären Krankenhausaufenthalt?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------

4. Haben Sie Ihr inhalatives Medikament häufiger einsetzen oder Ihr Bedarfsmedikament öfter anwenden müssen?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------

5. Haben Sie zusätzliche Medikamente zum Einnehmen wegen Ihrer COPD benötigt? (z.B. Antibiotika oder Kortison)

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------

Anzahl Ja-Antworten