Beschwerdebogen für ambulante Patienten – **Beschwerden bitte 2x tgl erfassen !**

Name und Vorname: _____ Geburtsdatum : _____ Telefon - Handy /Mail: _____

Datum														
Uhrzeit														
1.Wie beurteilen Sie heute Ihren Krankheitszustand? Noten 1 – 6 (1 sehr bis 6 sehr schlecht)														
2.Wie stark ist Ihre Luftnot ? Noten 1-6 (0 = Keine 6 = sehr schlimm														
3.Temperatur (2 X täglich)														
4.Haben Sie Husten ? A) Nein B) Gelegentlich C) Sehr viel														
5. Wie fühlen Sie sich <u>im Vergleich zu gestern</u> ? A) Besser – B) unverändert – c) schlechter – d) deutlich schlechter														
Oximeter (wenn vorhanden) Puls														
% SAT (Sauerstoffgehalt)														
7.Sonstiges														