

Anlage 9 - Dokumentationsbogen COPD-Screening

zum Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) zwischen der KVSH und der BKK

Hinweis: Der ausgefüllte Dokumentationsbogen verbleibt in der ärztlichen Praxis.

Name, Vorname des Patienten	_____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Alter	_____ Jahre
Größe	_____ cm
Gewicht	_____ kg
Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie länger als 3 Jahre Nichtraucher?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Müssen Sie häufig husten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Husten mit Auswurf?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie kurzatmig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja	<input type="checkbox"/> bei starker körperlicher Anstrengung <input type="checkbox"/> bei schnellem Gehen oder auf aufsteigendem Weg <input type="checkbox"/> nach dem Gehen von ca. 100m oder nach mehrminütigem Gehen auf ebenem Gelände <input type="checkbox"/> beim normalen Gehen mit anderen Personen gleichen Alters <input type="checkbox"/> beim An- und Auskleiden
Leiden Sie auch im Ruhezustand an Atembeschwerden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie im letzten Jahr ein Spray gegen Atembeschwerden benutzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie früher schon einmal eine Atemwegs- oder Lungenerkrankung, die längere Zeit anhielt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie zurzeit unter einer Atemwegs- oder Lungenerkrankung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<u>Spirometrie</u>	FEV1-Wert = _____