



## Erhebungsbogen für Chronikerprogramm Asthma bronchiale für

Name:

Vorname:

Adresse:

a) aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Größe: \_\_\_\_\_ cm



Sie können dieses Formular an Ihrem Pc ausfüllen und per mail an uns zurücksenden! Bitte nur ausdrucken, wenn nicht anders möglich! Denken Sie an unsere Umwelt! Danke!

b) aktueller Blutdruck: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

(wenn Möglichkeit der Selbstmessung besteht, ansonsten wird der zuletzt dokumentierte Blutdruck berücksichtigt)

c) Raucher:

Ja

Nein

Ich wünsche zur Nikotinentwöhnung eine Unterstützung der Krankenkasse:

Ja

Nein

d) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Asthma Symptome (Husten, Pfeifen, Atemnot) tagsüber?

häufiger als 2-mal wöchentlich (1)

2 x wöchentlich (1)

1 x wöchentlich (2)

Name:

Vorname:

weniger als 1-mal wöchentlich (2)

keine (2)

e) Mussten Sie in den letzten 4 Wochen Ihren Bedarfsmedikation (Notfallmedikation) benutzen?

häufiger als 2-mal wöchentlich (1)

2 x wöchentlich (1)

1 x wöchentlich (2)

weniger als 1-mal wöchentlich (2)

nie (2)

f) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Einschränkungen in Ihrem Alltag wegen asthmatischer Beschwerden?

Ja (1)

Nein (2)

g) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Störung des Nachtschafs wegen asthmatischer Beschwerden?

Ja (1)

Nein (2)

h) Notfallmäßige ambulante oder stationäre Behandlungen wegen Asthma seit der letzten Chronikeruntersuchung/Erhebung!

Ja (1)

Nein (2)

Name:

Vorname:

i) Peak – flow -Messungen:

höchster Peak-flow-Wert: l/min,

niedrigster Peak-flow-Wert: l/min,

es wurden keine Peak-flow-Messungen durchgeführt.

j) Ich wünsche einen ärztlichen Beratungstermin wegen meines Asthmas:

Ja (1)

Nein (2)

### Meine aktuelle Medikation:

1)

2)

3)

4)

5)

### **bitte Medikation mit Dosierung(!)**

ohne Einheitenangabe, aber Tagesdosis:  
z.B. Budesonid 1-0-1

Wichtig: ein Bedarfsmedikament wird aufgeführt, auch wenn es nicht oder sehr wenig genommen wird!

Nach Auswertung Ihrer Angaben erhalten kurzfristig eine Mitteilung, ob ärztlicherseits eine persönliche Vorstellung in der Sprechstunde empfohlen wird!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Praxisteam

Name:

Vorname:

Nur für interne Zwecke:

d)	(1)	(2)
e)	(1)	(2)
f)	(1)	(2)
g)	(1)	(2)
h)	(1)	(2)
i)	>20%	<20%
j)	(1)	(2)
R	Y	N