

DMP Fragebogen

Asthma/ COPD	<input type="checkbox"/>
KHK	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>

Vor- und Name:

Geburtsdatum:

Gewicht (in Kilogramm, z. B. 82):

Größe (in Meter, z. B. 1,78):

BMI:

Rauchen Sie?

- Ja, Zigaretten/ Tag
 Nein

Treiben Sie regelmäßig Sport?

- Ja:
 Nein

Zwischenzeitliche
Krankenhausaufenthalte/
Operationen/ Eingriffe?

Ja, wegen

Nein

Aktuelle Verschlechterung/
Kritische Ereignisse seit dem
letzten Besuch:

NUR BEI KHK AUSZUFÜLLEN:

Hatten Sie seit ihrem letzten
Besuch folgende
Brustbeschwerden?

- Nein
 Ja, bei mittlerer bis schwerer
körperlichen Anstrengung
 Ja, bei leichter körperlicher
Belastung
 Ja, in Ruhe ohne Belastung

**NUR BEI DIABETES MELLITUS
AUSZUFÜLLEN:**

Hatten Sie Hypoglykämien
(niedriger Blutzuckerspiegel) seit
ihrem letzten Besuch?

- Ja,
 Nein

Haben Sie sich dieses Jahr bereits
augenärztlich vorgestellt?

- Ja
 Nein, letzter Besuch