

Waren Sie in den letzten 6 Monaten im Krankenhaus? Ja/ Nein

Haben Sie Schmerzen im Brustbereich? bei Belastung in Ruhe keine

Wurde je eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt? Ja/ Nein (wenn ja, wann/wo)

Haben oder hatten Sie eine die folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle |
| <input type="checkbox"/> Glaukom | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> chron. Infekte |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> Angina Pectoris |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfettwerte | <input type="checkbox"/> sonst. Herzerkr. |

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

- | | | | |
|--|---|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Plötzliches Herztod (unter 65 Jahre alt) | <input type="checkbox"/> Allergien | |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja / nein

Wenn ja welche (z.B. Pille, Marcumar; bitte auch Sprays und Inhalationsmittel angeben):

Medikamente	morgens	mittags	abends	Zur Nacht	Bei Bedarf

Wann erfolge die letzte Röntgenaufnahme bzw. CT der Lunge? _____

Haben Sie einen Vormund? ja / nein

SMS Benachrichtigung erlaubt? ja / nein

Familienmitglied benachrichtigen? ja / nein (Name/ Tel: _____)

Kaiserslautern, den _____ Unterschrift Patient/Patientin _____

Name:

Geb.-Datum:

Größe:

MMRC-DYSPNOESKALA

(MMRC – Scale , d.h. Modified Medical Research Council Scale)

Nicht parametrische Skala zur Bestimmung der Belastungs-assoziierten Dyspnoe bei Lungen- und Atemwegserkrankten zur Verwendung in Klassifizierungssystemen, wie COPD Schweregrade nach COPD GOLD Update 2011, Bode Index u.a.

Grad	Beschreibung der Dyspnoe	Zutreffendes Ankreuzen	
		Ja	Nein
0	Ich habe nur Luftnot bei starker körperlicher Anstrengung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	Ich verspüre Luftnot nur bei schnellem Gehen in der Ebene beziehungsweise beim Bergaufgehen mit leichter Steigung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	In der Ebene gehe ich langsamer als Gleichaltrige beziehungsweise ich muss, wenn ich alleine gehe, bei selbst gewähltem Tempo Pausen einlegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich muss nach einer Gehstrecke von 100 m in der Ebene beziehungsweise nach einigen Minuten des Gehens in der Ebene eine Pause einlegen, um nach Luft zu schnappen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ich bin zu kurzatmig, um Haus oder Wohnung zu verlassen beziehungsweise ich kann mich ohne Hilfe weder an- oder noch ausziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dennis E. Doherty, MD, FCCP, Mark H. Belfer, DO, FAAFP, Stephen A. Brunton, MD Leonard Fromer, MD, Charlene M. Morris, MPAS, PA-C,

Thomas C. Snader, PharmD, CGP, FASCP. [Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Consensus Recommendations for Early Diagnosis and Treatment](#). Journal of Family Practice, November, 2006.