

# COPD-PASS FÜR IHRE KONTROLL-UNTERSUCHUNGEN

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht
Adresse			

Liebe Patientin, lieber Patient,

mithilfe dieses COPD-Passes möchten wir Sie und Ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte bei der Behandlung Ihrer COPD-Erkrankung unterstützen.



Bitte legen Sie diesen Pass einfach bei den Kontrollterminen in Ihrer Hausarztpraxis und bei Ihrer Lungenfachärztin oder Ihrem Lungenfacharzt vor. So unterstützen Sie den Informationsfluss und erleichtern den Arztpraxen den Austausch untereinander. Vielen Dank!

Mehr Informationen finden Sie auch auf unserer Website: [mit-copd-leben.de](http://mit-copd-leben.de)

COPD-Diagnose seit:	Aktuelle COPD-Therapie:	Bemerkungen zu weiteren Erkrankungen, Medikation	Device-Schulung erhalten am:
Datum	<input type="checkbox"/> LAMA <input type="checkbox"/> LABA <input type="checkbox"/> ICS <input type="checkbox"/> Roflumilast <input type="checkbox"/> Azithromycin <input type="checkbox"/> Biologika Sonstiges: _____ _____ (Mehrfachnennungen möglich)		

Kontrolltermin	Eosinophilenwerte im Blut (erhoben im Differenzialblutbild)	Exazerbation	Behandlung der Exazerbation	Ist der Alltag stark eingeschränkt?
Datum	Datum _____ Zellen/ $\mu$ l _____ % _____	Datum	<input type="checkbox"/> Bedarfsmedikation <input type="checkbox"/> OCS u./o. Antibiotika <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Datum	Datum _____ Zellen/ $\mu$ l _____ % _____	Datum	<input type="checkbox"/> Bedarfsmedikation <input type="checkbox"/> OCS u./o. Antibiotika <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Datum	Datum _____ Zellen/ $\mu$ l _____ % _____	Datum	<input type="checkbox"/> Bedarfsmedikation <input type="checkbox"/> OCS u./o. Antibiotika <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Datum	Datum _____ Zellen/ $\mu$ l _____ % _____	Datum	<input type="checkbox"/> Bedarfsmedikation <input type="checkbox"/> OCS u./o. Antibiotika <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Datum	Datum _____ Zellen/ $\mu$ l _____ % _____	Datum	<input type="checkbox"/> Bedarfsmedikation <input type="checkbox"/> OCS u./o. Antibiotika <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## KONTAKT IM NOTFALL

Name, Vorname
Telefonnummer

## KONTAKT HAUSARZTPRAXIS

Name	Praxisadresse/Stempel
Telefonnummer	