

AKADEMIE FÜR FAMILIENMEDIZIN (AKAFAM)

Anmeldung zur KOREKON-COPD-
Schulung der PizolCare „Komplette
Respiratorische Kontrolle“

Fax: 081 783 21 93
Email:
sekretariat4.pizolcare@hin.ch

Name.....	Vorname.....
Geburtsdatum.....	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Adresse.....	
PLZ/Ort.....	
Telefon P.....	Telefon G.....
Email.....	
Krankenkasse.....	Versicherungsnummer.....

COPD, Erstdiagnose (Monat/Jahr).....

Schweregrad (Stadium)

Begleiterkrankungen

Aktuelle Medikation.....

Befunde (nicht älter als drei Monate) Untersuchungs-Datum.....

Grösse..... Gewicht..... BMI..... Blutdruck..... Puls.....

Spiro: FVC..... FEV1.0.....% FEV1/FVC..... SO2

Sit-to-stand-Test *

*wie oft der Patient in einer Minute von einem Stuhl aufstehen und sich wieder hinsetzen kann

Dyspnoe:.....
0 = Atemnot nur bei aussergewöhnlicher Belastung
1 = Atemnot beim Treppensteigen
2 = Atemnot beim Gehen in der Ebene
3 = muss wegen Atemnot nach 100m anhalten
4 = Atemnot beim An- und Ausziehen, zu kurzatmig, um das Haus zu verlassen

Ort/Datum.....**Zuweisender Arzt (Stempel)**.....