

Ihr Coaching für mehr Kompetenz

Anmeldung

Patientendaten

Name, Vorname
Geburtsdatum
Strasse
PLZ/Ort
Telefon
Krankenkasse

Zuweiser

Diagnose(n)

COPD

FEV1: _____

(Lungenfunktionsbefund falls vorhanden bitte beilegen)

Auswurf: ☐ Ja ☐ Nein

Husten: ☐ Ja ☐ Nein

Atemnot: ☐ Ja ☐ Nein

Anzahl Exazerbationen im letzten Jahr: ☐ 0-1 ☐ 1-2 ☐ >2

Hospitalisationen wegen der COPD im letzten Jahr ☐ Ja ☐ Nein

Zusatzdiagnosen

Rauchstatus

☐ Raucher

☐ Exraucher

☐ Nichtraucher

Aktuelle Medikation

An diesem Kurs möchte mein/e Patient/in gerne teilnehmen:

☐ Herbstkurs: Mittwoch 27.10. / 03.11. / 10.11. / 17.11. / 24.11. und 01.12.2021
09.30 bis 11.30 Uhr

Ort:

med/x Gruppenpraxis, Rotbuchstrasse 46, 8037 Zürich
im 3.Stock

Anmeldung an:

Tel. 044 365 30 30, info@medix-gruppenpraxis.ch