



# Patiententagebuch

für COPD-Patienten



Vorname, Name .....

KW / 20 .....

Datum	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Uhrzeit	8 <sup>00</sup> 14 <sup>00</sup> 20 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup> 14 <sup>00</sup> 20 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup> 14 <sup>00</sup> 20 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup> 14 <sup>00</sup> 20 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup> 14 <sup>00</sup> 20 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup> 14 <sup>00</sup> 20 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup> 14 <sup>00</sup> 20 <sup>00</sup>
600							
500							
400							
300							
200							
100							

**Symptome** Keine = 0 gering = 1 mäßig = 2 stark = 3

Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes Symptom: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bedarfsmedikation** Anzahl der Hübe

_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Medikation in dieser Woche**

Name	Dosis	Name	Dosis
1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	