



4. Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch ein? Name und Dosis?

5. Nehmen Sie an einem Disease-Management-Programm (DMP) teil?

Ja  Nein

Falls ja, seit wann und bei welchem Arzt?

6. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie jetzt noch? Bitte Name und Anschrift angeben:

Wegen welcher Erkrankung? Wann und wie lange?