

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

# Erst-Dokumentation koronare Herzkrankheit

Blatt 1  
Original für die  
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

**Arztstempel** (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

03114

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

## Einschreibung

Geschlecht  männlich  weiblich

Angina pectoris typisch:  Grad I  Grad II  Grad III  Grad IV  atypisch  nicht-anginöser Brustschmerz  keine Schmerzsymptomatik

Diagnose gesichert durch (mindestens eine der vier Optionen muss erfüllt sein)

akutes Koronarsyndrom (auch in der Vorgeschichte)

invasives bildgebendes Verfahren (Koronarangiografie)

mindestens 90%ige Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer KHK (ergibt sich aus Alter, Geschlecht, Schmerzsymptomatik und Belastungs-EKG)

Wird die Diagnose über die 90%ige Wahrscheinlichkeit gesichert, geben Sie bitte den Wert der ST-Streckensenkung an.

Belastungs-EKG: (nicht älter als drei Jahre) ST-Streckensenkung ,  Wert in mm

nicht-invasives bildgebendes Verfahren

Belastungs-EKG nicht durchgeführt, weil:

Wird die Diagnose ausschließlich über ein nicht-invasives bildgebendes Verfahren gesichert, geben Sie bitte an, weshalb kein Belastungs-EKG herangezogen wurde.

- Interpretation bei fehlender Darstellung der ST-Strecke im Ruhe-EKG nicht möglich
- physikalisch nicht belastbar
- Kontraindikation liegt vor

## Anamnese

Diagnose bekannt seit

Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen

- keine
- Hypertonus
- Herzinfarkt
- symptomatische Herzrhythmusstörungen
- Herzinsuffizienz
- Diabetes mellitus
- Fettstoffwechselstörung
- sonstige

Raucher

- ja
- nein

## aktuelle Befunde

Körpergröße ,  m

Körpergewicht  kg

Blutdruck  /  mmHg

Cholesterin gesamt  mg/dl oder ,  mmol/l  nicht untersucht

LDL-Cholesterin  mg/dl oder ,  mmol/l  nicht untersucht

## relevante Ereignisse

erfolgte koronartherapeutische Intervention

- keine
- percutane Intervention
- Bypass-Operation

Stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK in den letzten 12 Monaten

Anzahl

nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK in den letzten 12 Monaten

Anzahl

## aktuelle Medikation

diagnosespezifische Medikation  ja  nein

Betablocker  ja  nein  Kontraindikation

Thrombozytenaggregationshemmer  ja  nein  Kontraindikation

Nitrate  ja  nein

ACE-Hemmer  ja  nein

Kalzium-Antagonisten  ja  nein

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)  ja  nein

sonstige diagnosespezifische Medikation  ja  nein

## Schulungen

Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen

- Diabetes-Schulung
- Hypertonie-Schulung
- INR-Schulung
- andere Schulungen
- keine

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

- Diabetes-Schulung
- Hypertonie-Schulung
- INR-Schulung
- andere Schulungen
- keine

## Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen  ja  nein

Zielvereinbarung Blutdruck aktuellen Wert:  halten  senken

KHK-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst  ja  nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

..

(optionales Feld)

Dokumentationsintervall  quartalsweise

jedes zweite Quartal

Datum

..

Unterschrift des Arztes



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

# Erst-Dokumentation koronare Herzkrankheit

DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

**Arztstempel** (bitte auch auf Blatt 1 und 2)

031H

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

**Einschreibung** Geschlecht  männlich  weiblich

**Angina pectoris** typisch:  Grad I  Grad II  Grad III  Grad IV  atypisch  nicht-anginöser Brustschmerz  keine Schmerzsymptomatik

**Diagnose gesichert durch** (mindestens eine der vier Optionen muss erfüllt sein)

akutes Koronarsyndrom (auch in der Vorgeschichte)  invasives bildgebendes Verfahren (Koronarangiografie)

mindestens 90%ige Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer KHK (ergibt sich aus Alter, Geschlecht, Schmerzsymptomatik und Belastungs-EKG) **Belastungs-EKG:** (nicht älter als drei Jahre) ST-Streckensenkung ,  Wert in mm

nicht-invasives bildgebendes Verfahren **Belastungs-EKG nicht durchgeführt, weil:**  Interpretation bei fehlender Darstellung der ST-Strecke im Ruhe-EKG nicht möglich  physikalisch nicht belastbar  Kontraindikation liegt vor

**Anamnese**

**Diagnose bekannt seit**     **Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen**  keine  Hypertonus  Herzinfarkt  symptomatische Herzrhythmusstörungen  Raucher  ja  nein  Herzinsuffizienz  Diabetes mellitus  Fettstoffwechselstörung  sonstige

**aktuelle Befunde**

**Körpergröße** ,   m **Blutdruck**    /    mmHg

**Körpergewicht**    kg **Cholesterin gesamt**    mg/dl oder  ,  mmol/l  nicht untersucht

**LDL-Cholesterin**    mg/dl oder  ,  mmol/l  nicht untersucht

**relevante Ereignisse**

erfolgte koronartherapeutische Intervention  keine  percutane Intervention  Bypass-Operation

**Stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK in den letzten 12 Monaten**   Anzahl **nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK in den letzten 12 Monaten**   Anzahl

**aktuelle Medikation**

**diagnosespezifische Medikation**  ja  nein **ACE-Hemmer**  ja  nein

**Betablocker**  ja  nein  Kontraindikation **Kalzium-Antagonisten**  ja  nein

**Thrombozytenaggregationshemmer**  ja  nein  Kontraindikation **HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)**  ja  nein

**Nitrate**  ja  nein **sonstige diagnosespezifische Medikation**  ja  nein

**Schulungen**

**Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen**  Diabetes-Schulung  Hypertonie-Schulung  INR-Schulung  andere Schulungen  keine **Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)**  Diabetes-Schulung  Hypertonie-Schulung  INR-Schulung  andere Schulungen  keine

**Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele**

**Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen**  ja  nein **Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung**         (optionales Feld)

**Zielvereinbarung Blutdruck aktuellen Wert:**  halten  senken **Dokumentationsintervall**  quartalsweise  jedes zweite Quartal

**KHK-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst**  ja  nein **Datum**

Unterschrift des Arztes