

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

Erst-Dokumentation COPD

Blatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

0611

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung

Für die Einschreibung muss eine COPD-typische Anamnese und eine Reduktion der FEV₁ unter 80 % des Sollwerts vorliegen und mindestens eines der drei folgenden Kriterien vorliegen. Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als 12 Monate sein.

Nachweis der Obstruktion und Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika oder Anticholinergika FEV₁/VC ≤ 70 % und Zunahme der FEV₁ < 15 % und/oder < 200 ml

Nachweis der Obstruktion und Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroiden (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage) in einer stabilen Krankheitsphase FEV₁/VC ≤ 70 % und Zunahme der FEV₁ < 15 % und/oder < 200 ml

Falls FEV₁/VC > 70 % und radiologischer Ausschluss anderer Erkrankungen Diagnose gesichert durch: Atemwegswiderstandserhöhung Lungenüberblähung Gasaustauschstörung

Anamnese

Diagnose bekannt seit

Andere Luftnot verursachende Begleiterkrankungen

keine Asthma bronchiale
 andere Lungenerkrankung kardiale Erkrankung

Raucher/in

ja nein

Aktuelle Befunde

Körpergröße m

Körpergewicht kg

Aktueller FEV₁-Wert Liter

Relevante Ereignisse

Stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD in den letzten 12 Monaten Anzahl

Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD in den letzten 12 Monaten Anzahl

Aktuelle Medikation

Aktuelle COPD-spezifische Regelmedikation ja nein

Kurzwirksame Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympathomimetika bei Bedarf Dauermedikation keine

Langwirksame Anticholinergika bei Bedarf Dauermedikation keine

Langwirksame Beta-2-Sympathomimetika bei Bedarf Dauermedikation keine

Theophyllin bei Bedarf Dauermedikation keine

Systemische Glukokortikosteroide bei Bedarf Dauermedikation keine

Inhalative Glukokortikosteroide bei Bedarf Dauermedikation keine

Sonstige Behandlung

keine Langzeitsauerstofftherapie häusliche Beatmung operative Verfahren

Schulungen

COPD-Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen ja nein

COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) ja nein

Inhalationstechnik überprüft ja nein

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Empfehlung zum Tabakverzicht ja nein

Empfehlung zum körperlichen Training ja nein

COPD-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst ja nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

(optionales Feld)

Dokumentationsintervall quartalsweise

jedes zweite Quartal

Datum

Unterschrift des Arztes

Erst-Dokumentation COPD

Blatt 2
Durchschrift für den
ausstellenden Arzt

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

DMP-Fallnummer

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 1 und 3)

0611

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung

Für die Einschreibung muss eine COPD-typische Anamnese und eine Reduktion der FEV₁ unter 80 % des Sollwerts vorliegen und mindestens eines der drei folgenden Kriterien vorliegen. Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als 12 Monate sein.

Nachweis der Obstruktion und Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika oder Anticholinergika FEV₁/VC ≤ 70 % und Zunahme der FEV₁ < 15 % und/oder < 200 ml

Nachweis der Obstruktion und Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroiden (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage) in einer stabilen Krankheitsphase FEV₁/VC ≤ 70 % und Zunahme der FEV₁ < 15 % und/oder < 200 ml

Falls FEV₁/VC > 70 % und radiologischer Ausschluss anderer Erkrankungen Diagnose gesichert durch: Atemwegswiderstandserhöhung Lungenüberblähung Gasaustauschstörung

Anamnese

Diagnose bekannt seit

Andere Luftnot verursachende Begleiterkrankungen

keine Asthma bronchiale
 andere Lungenerkrankung kardiale Erkrankung

Raucher/in

ja nein

Aktuelle Befunde

Körpergröße m

Körpergewicht kg

Aktueller FEV₁-Wert Liter

Relevante Ereignisse

Stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD in den letzten 12 Monaten Anzahl

Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD in den letzten 12 Monaten Anzahl

Aktuelle Medikation

Aktuelle COPD-spezifische Regelmedikation ja nein

Kurzwirksame Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympathomimetika bei Bedarf Dauermedikation keine

Langwirksame Anticholinergika bei Bedarf Dauermedikation keine

Langwirksame Beta-2-Sympathomimetika bei Bedarf Dauermedikation keine

Theophyllin bei Bedarf Dauermedikation keine

Systemische Glukokortikosteroide bei Bedarf Dauermedikation keine

Inhalative Glukokortikosteroide bei Bedarf Dauermedikation keine

Sonstige Behandlung

keine Langzeitsauerstofftherapie häusliche Beatmung operative Verfahren

Schulungen

COPD-Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen ja nein

COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) ja nein

Inhalationstechnik überprüft ja nein

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Empfehlung zum Tabakverzicht ja nein

Empfehlung zum körperlichen Training ja nein

COPD-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 COPD

Blatt 3
Durchschrift für den
Versicherten

DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 1 und 2)

0611

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung *Für die Einschreibung muss eine COPD-typische Anamnese und eine Reduktion der FEV₁ unter 80 % des Sollwerts vorliegen und mindestens eines der drei folgenden Kriterien vorliegen. Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als 12 Monate sein.*

Nachweis der Obstruktion und Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika oder Anticholinergika FEV₁/VC ≤ 70 % **und** Zunahme der FEV₁ < 15 % **und/oder** < 200 ml

Nachweis der Obstruktion und Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroiden (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage) in einer stabilen Krankheitsphase FEV₁/VC ≤ 70 % **und** Zunahme der FEV₁ < 15 % **und/oder** < 200 ml

Falls FEV₁/VC > 70 % **und** radiologischer Ausschluss anderer Erkrankungen Atemwegswiderstandserhöhung Lungenüberblähung Gasaustauschstörung

| | | | |
|-----------------|---|--|---|
| Anamnese | Diagnose bekannt seit <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Andere Luftnot verursachende Begleiterkrankungen | Raucher/in |
| | <input checked="" type="checkbox"/> keine <input checked="" type="checkbox"/> andere Lungenerkrankung | <input checked="" type="checkbox"/> Asthma bronchiale <input checked="" type="checkbox"/> kardiale Erkrankung | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |

Aktuelle Befunde

Körpergröße m Körpergewicht kg Aktueller FEV₁-Wert Liter

Relevante Ereignisse

Stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD in den letzten 12 Monaten Anzahl

Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD in den letzten 12 Monaten Anzahl

Aktuelle Medikation

| | | |
|--|--|---|
| Aktuelle COPD-spezifische Regelmedikation | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| Kurzwirksame Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympathomimetika | <input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf | <input checked="" type="checkbox"/> Dauermedikation <input checked="" type="checkbox"/> keine |
| Langwirksame Anticholinergika | <input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf | <input checked="" type="checkbox"/> Dauermedikation <input checked="" type="checkbox"/> keine |
| Langwirksame Beta-2-Sympathomimetika | <input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf | <input checked="" type="checkbox"/> Dauermedikation <input checked="" type="checkbox"/> keine |
| Theophyllin | <input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf | <input checked="" type="checkbox"/> Dauermedikation <input checked="" type="checkbox"/> keine |
| Systemische Glukokortikosteroide | <input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf | <input checked="" type="checkbox"/> Dauermedikation <input checked="" type="checkbox"/> keine |
| Inhalative Glukokortikosteroide | <input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf | <input checked="" type="checkbox"/> Dauermedikation <input checked="" type="checkbox"/> keine |

Sonstige Behandlung

keine Langzeitsauerstofftherapie häusliche Beatmung operative Verfahren

Schulungen

COPD-Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen ja nein

COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) ja nein

Inhalationstechnik überprüft ja nein

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Empfehlung zum Tabakverzicht ja nein

Empfehlung zum körperlichen Training ja nein

COPD-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst ja nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

(optionales Feld)

Dokumentationsintervall quartalsweise
 jedes zweite Quartal

Datum

Unterschrift des Arztes

Paul Albrechts Verlag, 22952 Lütjensee 01.04.2005