

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

# Erst-Dokumentation Asthma bronchiale

Blatt 1  
Original für die  
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

051H

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

**Einschreibung** Für die Einschreibung muss eine asthmatypische Anamnese (längstens 12 Monate zurückliegend) vorliegen und mindestens eines der folgenden Kriterien vorliegen. Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als 12 Monate sein.

**Erwachsene (≥ 18 Jahre):**

Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika:   $FEV_1/VC \leq 70\%$  **und** Zunahme der  $FEV_1 \geq 15\%$  **und** absoluter Wert der Zunahme  $\geq 200$  ml

Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroiden (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage):  Zunahme der  $FEV_1 \geq 15\%$  **und** absoluter Wert der Zunahme  $\geq 200$  ml

Sonstige Diagnosesicherung durch:  Circadiane PEF-Variabilität  $> 20\%$

Sonstige Diagnosesicherung durch:  Nachweis bronchiale Hyperreagibilität

**Kinder (5 – 17 Jahre):**

Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika:   $FEV_1/VC \leq 75\%$  **und** Zunahme der  $FEV_1 \geq 15\%$

Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroiden (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage):  Zunahme der  $FEV_1 \geq 15\%$

Sonstige Diagnosesicherung durch:  Circadiane PEF-Variabilität  $> 20\%$

Sonstige Diagnosesicherung durch:  Nachweis bronchiale Hyperreagibilität

**Diagnosespezifische Regelmedikation**

(asthmatypische Anamnese und Diagnosestellung vor Therapiebeginn gemäß vorstehender Diagnoseverfahren erfüllt)  ja

**Anamnese**

Häufigkeit aktuell vorliegender Asthma-Symptome  täglich  wöchentlich  seltener als wöchentlich  keine

Diagnose bekannt seit

Andere Luftnot verursachende Begleiterkrankungen  keine  COPD

andere Lungenerkrankung  kardiale Erkrankung

Raucher/in

ja  nein

**Aktuelle Befunde**

Körpergröße    m

Körpergewicht    kg

**Durchschnittlicher Peakflow-Wert**

erstmalig dokumentiert  nicht dokumentiert

verbessert  verschlechtert  gleich bleibend

**Relevante Ereignisse**

Stationäre notfallmäßige Behandlung des Asthmas in den letzten 12 Monaten  Anzahl

Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung des Asthmas in den letzten 12 Monaten  Anzahl

**Aktuelle Medikation**

Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ)  bei Bedarf  Dauermedikation  keine

Inhalative Glukokortikosteroide  bei Bedarf  Dauermedikation  keine

Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika  bei Bedarf  Dauermedikation  keine

Systemische Glukokortikosteroide  bei Bedarf  Dauermedikation  keine

Sonstige (z. B. Theophyllin, Leukotrien-Rezeptor-Antagonist)  bei Bedarf  Dauermedikation  keine

**Schulungen**

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

Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)  ja  nein

Inhalationstechnik überprüft  ja  nein

**Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele**

Empfehlung zum Tabakverzicht  ja  nein

Schriftlicher Selbstmanagement-Plan  ja  nein

nicht durchführbar

Asthma-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 Asthma bronchiale

Blatt 2  
Durchschrift für den  
ausstellenden Arzt

DMP-Fallnummer

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 1 und 3)

0511

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

**Einschreibung** Für die Einschreibung muss eine asthmatypische Anamnese (längstens 12 Monate zurückliegend) vorliegen und mindestens eines der folgenden Kriterien vorliegen. Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als 12 Monate sein.

**Erwachsene (≥ 18 Jahre):**

Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika:   $FEV_1/VC \leq 70\%$  **und** Zunahme der  $FEV_1 \geq 15\%$  **und** absoluter Wert der Zunahme  $\geq 200$  ml

Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroiden (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage):  Zunahme der  $FEV_1 \geq 15\%$  **und** absoluter Wert der Zunahme  $\geq 200$  ml

Sonstige Diagnosesicherung durch:  Circadiane PEF-Variabilität  $> 20\%$

Sonstige Diagnosesicherung durch:  Nachweis bronchiale Hyperreagibilität

**Kinder (5 – 17 Jahre):**

Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika:   $FEV_1/VC \leq 75\%$  **und** Zunahme der  $FEV_1 \geq 15\%$

Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroiden (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage):  Zunahme der  $FEV_1 \geq 15\%$

Sonstige Diagnosesicherung durch:  Circadiane PEF-Variabilität  $> 20\%$

Sonstige Diagnosesicherung durch:  Nachweis bronchiale Hyperreagibilität

**Diagnosespezifische Regelmedikation**

(asthmatypische Anamnese und Diagnosestellung vor Therapiebeginn gemäß vorstehender Diagnoseverfahren erfüllt)  ja

**Anamnese**

Häufigkeit aktuell vorliegender Asthma-Symptome  täglich  wöchentlich  seltener als wöchentlich  keine

Diagnose bekannt seit

Andere Luftnot verursachende Begleiterkrankungen  keine  COPD

andere Lungenerkrankung  kardiale Erkrankung

**Raucher/in**

ja  nein

**Aktuelle Befunde**

Körpergröße    m

Körpergewicht    kg

**Durchschnittlicher Peakflow-Wert**

erstmalig dokumentiert  nicht dokumentiert

verbessert  verschlechtert  gleich bleibend

**Relevante Ereignisse**

Stationäre notfallmäßige Behandlung des Asthmas in den letzten 12 Monaten  Anzahl

Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung des Asthmas in den letzten 12 Monaten  Anzahl

**Aktuelle Medikation**

Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ)  bei Bedarf  Dauermedikation  keine

Inhalative Glukokortikosteroide  bei Bedarf  Dauermedikation  keine

Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika  bei Bedarf  Dauermedikation  keine

Systemische Glukokortikosteroide  bei Bedarf  Dauermedikation  keine

Sonstige (z. B. Theophyllin, Leukotrien-Rezeptor-Antagonist)  bei Bedarf  Dauermedikation  keine

**Schulungen**

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

Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)  ja  nein

Inhalationstechnik überprüft  ja  nein

**Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele**

Empfehlung zum Tabakverzicht  ja  nein

Schriftlicher Selbstmanagement-Plan  ja  nein

nicht durchführbar

Asthma-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 Asthma bronchiale

Blatt 3  
Durchschrift für den  
Versicherten

DMP-Fallnummer

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 1 und 2)

0511

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

**Einschreibung** Für die Einschreibung muss eine asthmatische Anamnese (längstens 12 Monate zurückliegend) vorliegen und mindestens eines der folgenden Kriterien vorliegen. Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als 12 Monate sein.

**Erwachsene (≥ 18 Jahre):**

Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika:   $FEV_1/VC \leq 70\%$  **und** Zunahme der  $FEV_1 \geq 15\%$  **und** absoluter Wert der Zunahme  $\geq 200$  ml

Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroiden (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage):  Zunahme der  $FEV_1 \geq 15\%$  **und** absoluter Wert der Zunahme  $\geq 200$  ml

Sonstige Diagnosesicherung durch:  Circadiane PEF-Variabilität  $> 20\%$

Sonstige Diagnosesicherung durch:  Nachweis bronchiale Hyperreagibilität

**Kinder (5 – 17 Jahre):**

Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika:   $FEV_1/VC \leq 75\%$  **und** Zunahme der  $FEV_1 \geq 15\%$

Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroiden (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage):  Zunahme der  $FEV_1 \geq 15\%$

Sonstige Diagnosesicherung durch:  Circadiane PEF-Variabilität  $> 20\%$

Sonstige Diagnosesicherung durch:  Nachweis bronchiale Hyperreagibilität

**Diagnosespezifische Regelmedikation**

(asthmatische Anamnese und Diagnosestellung vor Therapiebeginn gemäß vorstehender Diagnoseverfahren erfüllt)  ja

**Anamnese**

Häufigkeit aktuell vorliegender Asthma-Symptome  täglich  wöchentlich  seltener als wöchentlich  keine

Diagnose bekannt seit

Andere Luftnot verursachende Begleiterkrankungen  keine  COPD

andere Lungenerkrankung  kardiale Erkrankung

**Raucher/in**

ja  nein

**Aktuelle Befunde**

Körpergröße    m

Körpergewicht    kg

**Durchschnittlicher Peakflow-Wert**

erstmalig dokumentiert  nicht dokumentiert

verbessert  verschlechtert  gleich bleibend

**Relevante Ereignisse**

Stationäre notfallmäßige Behandlung des Asthmas in den letzten 12 Monaten  Anzahl

Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung des Asthmas in den letzten 12 Monaten  Anzahl

**Aktuelle Medikation**

Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ)  bei Bedarf  Dauermedikation  keine

Inhalative Glukokortikosteroide  bei Bedarf  Dauermedikation  keine

Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika  bei Bedarf  Dauermedikation  keine

Systemische Glukokortikosteroide  bei Bedarf  Dauermedikation  keine

Sonstige (z. B. Theophyllin, Leukotrien-Rezeptor-Antagonist)  bei Bedarf  Dauermedikation  keine

**Schulungen**

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

Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)  ja  nein

Inhalationstechnik überprüft  ja  nein

**Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele**

Empfehlung zum Tabakverzicht  ja  nein

Schriftlicher Selbstmanagement-Plan  ja  nein

nicht durchführbar

Asthma-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst  ja  nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

(optionales Feld)

Dokumentationsintervall  quartalsweise

jedes zweite Quartal

Datum

Unterschrift des Arztes