

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

# Folge-Dokumentation COPD

Blatt 1  
Original für die  
Datenannahmestelle

Arztwechsel      DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

062H

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

## Anamnese

### Neu aufgetretene Luftnot verursachende Begleiterkrankungen

- keine       Asthma bronchiale  
 andere Lungenerkrankung       kardiale Erkrankung

### Raucher/in

- ja       nein

## Aktuelle Befunde

Aktuelles Körpergewicht  kg      Aktueller FEV<sub>1</sub>-Wert , Liter       nicht durchgeführt

## Relevante Ereignisse

Stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD seit der letzten Dokumentation  Anzahl

Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD seit der letzten Dokumentation  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

- Empfohlene COPD-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation)  ja  nein  
 war aktuell nicht möglich  
 bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen

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

# Folge-Dokumentation COPD

Blatt 2  
Durchschrift für den  
ausstellenden Arzt

Arztwechsel

DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 1 und 3)

062H

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

## Anamnese

### Neu aufgetretene Luftnot verursachende Begleiterkrankungen

- keine  Asthma bronchiale  
 andere Lungenerkrankung  kardiale Erkrankung

### Raucher/in

- ja  nein

## Aktuelle Befunde

Aktuelles Körpergewicht  kg | Aktueller FEV<sub>1</sub>-Wert , Liter  nicht durchgeführt

## Relevante Ereignisse

Stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD seit der letzten Dokumentation  Anzahl

Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD seit der letzten Dokumentation  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

- Empfohlene COPD-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation)  ja  nein  
 war aktuell nicht möglich  
 bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen

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

# Folge-Dokumentation COPD

 Arztwechsel      DMP-Fallnummer 
 Krankenhaus-**IK**
 **Arztstempel** (bitte auch auf Blatt 1 und 2)

062H

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

### Anamnese

**Neu aufgetretene Luftnot verursachende Begleiterkrankungen**

<input checked="" type="checkbox"/> keine	<input checked="" type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<b>Raucher/in</b> <input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
<input checked="" type="checkbox"/> andere Lungenerkrankung	<input checked="" type="checkbox"/> kardiale Erkrankung	

### Aktuelle Befunde

Aktuelles Körpergewicht  kg      Aktueller FEV<sub>1</sub>-Wert , Liter       nicht durchgeführt

### Relevante Ereignisse

Stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD seit der letzten Dokumentation  Anzahl

Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD seit der letzten Dokumentation  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

Empfohlene COPD-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation)    ja    nein

war aktuell nicht möglich

bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen

COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)    ja    nein

Inhalationstechnik überprüft    ja    nein

### Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Empfehlung zum Tabakverzicht	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
Empfehlung zum körperlichen Training	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
COPD-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung  
..  
(optionales Feld)

Dokumentationsintervall    quartalsweise  
 jedes zweite Quartal

Datum  
..  
 Unterschrift des Arztes