



Arztstempel

Sehr geehrte Frau Kollegin / sehr geehrter Herr Kollege,

vielen Dank für die Überweisung Ihres Patienten \_\_\_\_\_ [Name].

Die durchgeführten Untersuchungen haben ergeben, dass Ihr Patient die Diagnosekriterien für die Einschreibung in das DMP COPD erfüllt.

Die ausführlichen Messwerte der Lungenfunktion entnehmen Sie bitte dem beigegeführten Original-Befund!

FEV<sub>1</sub> = \_\_\_\_\_ | = < 80% des Sollwertes vom \_\_\_\_\_ [Datum].

<b>Einschreibung</b>	Für die Einschreibung muss eine COPD-typische Anamnese und eine Reduktion der FEV <sub>1</sub> unter 80% des Sollwertes vorliegen <u>und mindestens</u> 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	<input type="checkbox"/> FEV <sub>1</sub> /VC ≤ 70% <b>und</b> Zunahme der FEV <sub>1</sub> < 15 % <b>und/oder</b> < 200 ml		
Nachweis der Obstruktion und Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroiden (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage) in einer stabilen Krankheitsphase	<input type="checkbox"/> FEV <sub>1</sub> /VC ≤ 70% <b>und</b> Zunahme der FEV <sub>1</sub> < 15 % <b>und/oder</b> < 200 ml		
Falls FEV <sub>1</sub> /VC >70% <b>und</b> radiologischer Ausschluss anderer Diagnose gesichert durch:	<input type="checkbox"/> Atemwegswiderstandserhöhung	<input type="checkbox"/> Lungenblähung	<input type="checkbox"/> Gasaustauschstörung

Die von uns empfohlene Therapie lässt sich wie folgt klassifizieren:

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

Zusätzlich von uns bereits veranlasste Maßnahmen:

<b>Sonstige Behandlung</b>	<input type="checkbox"/> keine				<input type="checkbox"/> Langzeitsauerstofftherapie	<input type="checkbox"/> häusliche Beatmung	<input type="checkbox"/> operative Verfahren		
<b>Schulungen</b>	COPD-Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
							Inhalationstechnik überprüft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele</b>	Empfehlung zum Tabakverzicht				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
	Empfehlung zum körperlichen Training				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
	COPD-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

Für weitere Fragen zur Einschreibung in das DMP COPD stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Arztstempel

Sehr geehrte Frau Kollegin / sehr geehrter Herr Kollege,

vielen Dank für die Überweisung Ihres Patienten \_\_\_\_\_ [Name].

Die hier durchgeführten Untersuchungen haben ergeben, dass eine Einschreibung in das DMP Asthma bronchiale möglich wäre unter folgenden Aufnahmekriterien:

Die Messwerte der Lungenfunktion entnehmen Sie bitte dem beigegeführten Original-Befund!

<b>Einschreibung</b>			
Für die Einschreibung muss eine asthmatypische Anamnese (längstens 12 Monate zurückliegend) <u>und</u> mindestens eines der folgenden Kriterien vorliegen. Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als 12 Monate sein.			
<b>Erwachsene (≥ 18 Jahre)</b>		<b>Kinder (5 – 17 Jahre):</b>	
Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika:	<input type="checkbox"/> $FEV_1/VC \leq 70\%$ <b>und</b> Zunahme der $FEV_1 \geq 15\%$ <b>und</b> absoluter Wert der Zunahme $\geq 200$ ml	Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika:	<input type="checkbox"/> $FEV_1/VC \leq 75\%$ <b>und</b> Zunahme der $FEV_1 \geq 15\%$
Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroide (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage):	<input type="checkbox"/> Zunahme der $FEV_1 \geq 15\%$ <b>und</b> absoluter Wert der Zunahme $\geq 200$ ml	Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroide (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage):	<input type="checkbox"/> Zunahme der $FEV_1 \geq 15\%$
Sonstige Diagnosesicherung durch:	<input type="checkbox"/> Circadiane PEF-Variabilität $> 20\%$	Sonstige Diagnosesicherung durch:	<input type="checkbox"/> Circadiane PEF-Variabilität $> 20\%$
Sonstige Diagnosesicherung durch:	<input type="checkbox"/> Nachweis bronchiale Hyperreagibilität	Sonstige Diagnosesicherung durch:	<input type="checkbox"/> Nachweis bronchiale Hyperreagibilität
<b>Diagnosespezifische Regelmedikation</b>			
(asthmatypische Anamnese und Diagnosestellung vor Therapiebeginn gemäß vorstehender Diagnoseverfahren erfüllt) <input type="checkbox"/> ja			

Die von uns empfohlene Therapie lässt sich wie folgt klassifizieren:

<b>Aktuelle Medikation</b>			
Kurzwirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ)	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> Dauermedikation	<input type="checkbox"/> keine
Inhalative Glukokortikosteroide	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> Dauermedikation	<input type="checkbox"/> keine
Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> Dauermedikation	<input type="checkbox"/> keine
Systemische Glukokortikosteroide	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> Dauermedikation	<input type="checkbox"/> keine
Sonstige (z.B. Theophyllin, Leukotrien-Rezeptor-Antagonist)	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> Dauermedikation	<input type="checkbox"/> keine

Zusätzlich von uns bereits veranlasste Maßnahmen:

<b>Schulungen</b>			
Asthma-Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			Inhalationstechnik überprüft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele</b>			
Empfehlung zum Tabakverzicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Schriftlicher Selbstmanagement-Plan	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> nicht durchführbar		

Für weitere Fragen zur Einschreibung in das DMP Asthma bronchiale stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen