

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Befundbericht des pneumologischen Facharztes an den koordinierenden Arzt

für Patienten im DMP Asthma bronchiale

Sehr geehrte Frau Kollegin / sehr geehrter Herr Kollege, vielen Dank für die Überweisung Ihres o.g. Patienten, für den ich aufgrund der Untersuchungsergebnisse folgende Maßnahmen empfehle:

<b>Diagnostik</b>	Ausführliche Messwerte der Lungenfunktion sind dem beigelegten Originalbefund zu entnehmen!		
<b>Erwachsene (≥ 18 Jahre)</b>		<b>Kinder und Jugendliche (1 – 17 Jahre):</b>	
Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika:	<input type="checkbox"/> FEV <sub>1</sub> /VC ≤ 70% <b>und</b> Zunahme der FEV <sub>1</sub> ≥ 15 % <b>und</b> absoluter Wert der Zunahme ≥ 200 ml	Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika:	<input type="checkbox"/> FEV <sub>1</sub> /VC ≤ 75% <b>und</b> Zunahme der FEV <sub>1</sub> ≥ 15 %
Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroide (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage):	<input type="checkbox"/> Zunahme der FEV <sub>1</sub> ≥ 15 % <b>und</b> absoluter Wert der Zunahme ≥ 200 ml	Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroide (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage):	<input type="checkbox"/> Zunahme der FEV <sub>1</sub> ≥ 15 %
Sonstige Diagnosesicherung durch:	<input type="checkbox"/> Circadiane PEF-Variabilität > 20 %	Sonstige Diagnosesicherung:	<input type="checkbox"/> Circadiane PEF-Variabilität > 20 %
Sonstige Diagnosesicherung durch:	<input type="checkbox"/> Nachweis bronchiale Hyperreagibilität	Sonstige Diagnosesicherung:	<input type="checkbox"/> Nachweis bronchiale Hyperreagibilität
		<b>sowie Kinder (1 – 5 Jahre):</b>	
		<input type="checkbox"/> ≥ 3 asthmatypische Episoden**	
		<input type="checkbox"/> Ansprechen auf Therapie mit antiasthmatischen Medikamenten**	
<small>**und wenn min. 1 Zusatzkriterium nach 1.2.2. der Anlage 9 DMP-A-RL erfüllt</small>			
<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>	(Unter Berücksichtigung der abgefragten Selbstmedikation des Patienten)		
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 überprüfte und empfohlene Maßnahmen - \*orientiert an den QS-Zielen:

<b>Schulungen</b>					
Asthma-Schulung bereits wahrgenommen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Asthma-Schulung empfohlen*	<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	Bitte in der DMP-Dokumentation aufnehmen!		
Empfehlung zu körperlichem Training	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Bitte in der DMP-Dokumentation aufnehmen!		
Schriftlicher Selbstmanagement-Plan*	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht durchführbar		
<b>Wiedervorstellung empfohlen im Quartal</b>	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> vorerst nicht erforderlich
ggf. Grund der Wiedervorstellung: _____					

Für weitere Fragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Arztstempel