

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 COPD

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:

Diagnostik	FEV ₁ = _____ % < 80% des Sollwertes vom _____ (Datum)
Nachweis der Obstruktion bei	<input type="checkbox"/> FEV ₁ /VC < 70% ausführliche Messwerte der Lungenfunktion sind dem beigefügten Original-Befund zu entnehmen!!
Falls FEV ₁ /VC ≥ 70% und radiologischer Ausschluss anderer Diagnose gesichert durch:	<input type="checkbox"/> Atemwegwiderstandserhöhung <input type="checkbox"/> Lungenüberblähung <input type="checkbox"/> Gasaustauschstörung

Die von uns empfohlene Therapie lässt sich wie folgt klassifizieren:

Aktuelle Medikation	(Unter Berücksichtigung der abgefragten Selbstmedikation des Patienten)		
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 überprüfte und empfohlene Maßnahmen - *orientiert an den QS-Zielen:

Sonstige Behandlung	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Langzeitsauerstofftherapie <input type="checkbox"/> häusliche Beatmung <input type="checkbox"/> operative Verfahren			
Schulungen	COPD-Schulung bereits 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			
Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele	Empfehlung zum Tabakverzicht * <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte in der DMP-Dokumentation aufnehmen!			
	Empfehlung zum körperlichen Training * <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte in der DMP-Dokumentation aufnehmen!			
	COPD-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wiedervorstellung empfohlen im Quartal	<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

<p align="center">Arztstempel</p>
