

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

Strukturierter Arztbericht im DMP Koronare Herzkrankheit (KHK) vom kardiologisch qualifizierten Facharzt an den koordinierenden DMP-Arzt

Sehr geehrte Frau Kollegin / sehr geehrter Herr Kollege,
vielen Dank für die Überweisung des o. g. Patienten, für den ich neben den dargestellten Untersuchungsergebnissen auch folgende
Maßnahmen empfehle:

Klinik:	(Erläuterungen s. Arztbrief)	
AP Symptomatik (CCS)	<input type="checkbox"/> typisch → <input type="checkbox"/> Grad I <input type="checkbox"/> Grad II <input type="checkbox"/> Grad III <input type="checkbox"/> Grad IV	
	<input type="checkbox"/> untypisch	
	<input type="checkbox"/> keine	
Dyspnoe:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

KHK-Anamnese:			<input type="checkbox"/> keine Veränderung
Infarkt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Coronarographie:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Coronarintervention:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Bypass Jahr.....	<input type="checkbox"/> PTCA/Stent Jahr	zum

Diagnostik:	(Erläuterungen s. Arztbrief)	
ERGO:	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> nicht möglich	
	<input type="checkbox"/> pathologisch → AP <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Luftnot <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Rhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Echokardiographie:	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> pathologisch <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt	
Weitere Diagnostik:	<input type="checkbox"/> Stressecho <input type="checkbox"/> Myokardszintigraphie	
	<input type="checkbox"/> Coronargraphie <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> elektiv	

Risikofaktoren:	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Art. Hypertonie <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung
	<input type="checkbox"/> Familiäre Belastung <input type="checkbox"/> Nikotin* <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel

Aktuelle Medikation:	<input type="checkbox"/> Betablocker* <input type="checkbox"/> ACE Hemmer/AT1 Blocker <input type="checkbox"/> Antianginosa <input type="checkbox"/> TAH
	<input type="checkbox"/> Statine* <input type="checkbox"/> sonst. Lipidsenker <input type="checkbox"/> Antikoagulantien
	<input type="checkbox"/> Andere

Therapieempfehlung:	<input type="checkbox"/> Coronarsport (max. HF:)
	<input type="checkbox"/> medikamentös (unter Berücksichtigung der Selbstmedikation - siehe Arztbrief)
	Überprüfung der Versorgungsfähigkeit mit Betablockern, Statinen, Thrombozyten-Aggregationshemmern und ACE-Hemmern gemäß DMP-A-RL mit Hinweis auf Kontraindikation
	→ Bitte in der DMP-Dokumentation aufnehmen!

Überprüfung des Lebensstils, insbesondere der Risikofaktoren sowie die Beratung und Motivation zu gesundheitsbewusstem Verhalten / Empfehlung zu Maßnahmen - orientiert an den QS-Zielen*

Schulungsempfehlung*:	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> INR
	Der Patient wünscht Informationsangebote seiner Krankenkasse zu gesundheitsbewussten Verhalten:
	<input type="checkbox"/> Nikotinentwöhnung <input type="checkbox"/> Anti-Stress <input type="checkbox"/> Ernährung <input type="checkbox"/> Bewegung
	<input type="checkbox"/> sonstiges: <input type="checkbox"/> nicht gewünscht
	→ Bitte in der DMP-Dokumentation aufnehmen!

Für weitere Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Vielen Dank.

Arztstempel, Unterschrift