

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% <small>Alternativ LLN unterer Grenzwert 5. Perzentil</small>
<small>ausführliche Messwerte der Lungenfunktion sind dem beigefügten Original-Befund zu entnehmen!!</small>	
Falls FEV ₁ /VC ≥70% und radiologischer Ausschluss anderer Diagnose gesichert	<input type="checkbox"/> Atemwegwiderstandserhöhung <input type="checkbox"/> Lungenüberblähung <input type="checkbox"/> Gasaustauschstörung durch:
Klinische Einschätzung des Osteoporoserisikos durchgeführt:	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

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
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"/> außerklinische nicht-invasive Beatmung <input type="checkbox"/> operative Verfahren <input type="checkbox"/> Allgemeine Krankengymnastik (Atemtherapie)			
Schulungen	<input type="checkbox"/> Rehabilitation			
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

Arztstempel