

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

# Folge-Dokumentation Asthma bronchiale

Blatt 1  
Original für die  
Datenannahmestelle

 Arztwechsel      DMP-Fallnummer       
 Krankenhaus-**IK**
 **Arztstempel** (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

052H

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

## Anamnese

**Häufigkeit der Asthma-Symptome seit der letzten Dokumentation**       täglich       wöchentlich       seltener als wöchentlich       keine

**Neu aufgetretene Luftnot verursachende Begleiterkrankungen**       keine       COPD       andere Lungenerkrankung       kardiale Erkrankung

**Raucher/in**       ja       nein

## Aktuelle Befunde

*Körpergröße und Körpergewicht nur bei Kindern.*

**Körpergröße**    m      **Körpergewicht**    kg

**Durchschnittlicher Peakflow-Wert seit der letzten Dokumentation**

erstmalig dokumentiert       nicht dokumentiert

verbessert       verschlechtert       gleich bleibend

## Relevante Ereignisse

**Stationäre notfallmäßige Behandlung von Asthma seit der letzten Dokumentation**       Anzahl

**Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von Asthma seit der letzten Dokumentation**       Anzahl

## Aktuelle Medikation

**Aktuelle diagnosespezifische Regelmedikation**       ja       nein

**Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ)**       bei Bedarf       Dauermedikation       keine

**Inhalative Glukokortikosteroide**       bei Bedarf       Dauermedikation       keine

**Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika**       bei Bedarf       Dauermedikation       keine

**Systemische Glukokortikosteroide**       bei Bedarf       Dauermedikation       keine

**Sonstige (z. B. Theophyllin, Leukotrien-Rezeptor-Antagonist)**       bei Bedarf       Dauermedikation       keine

## Schulungen

**Empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation)**       ja       nein

war aktuell nicht möglich

bei letzter Dokumentation **keine** Schulung empfohlen

**Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)**       ja       nein

**Inhalationstechnik überprüft**       ja       nein

## Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

**Empfehlung zum Tabakverzicht**       ja       nein

**Schriftlicher Selbstmanagement-Plan**       ja       nein

nicht durchführbar

**Asthma-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst**       ja       nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

(optionales Feld)

**Dokumentationsintervall**       quartalsweise

jedes zweite Quartal

Datum

Unterschrift des Arztes



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

# Folge-Dokumentation Asthma bronchiale

Blatt 3  
Durchschrift für den  
Versicherten

Arztwechsel      DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 1 und 2)

052H

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

## Anamnese

Häufigkeit der Asthma-Symptome seit der letzten Dokumentation     täglich     wöchentlich     seltener als wöchentlich     keine

Neu aufgetretene Luftnot verursachende Begleiterkrankungen     keine     COPD     andere Lungenerkrankung     kardiale Erkrankung

Raucher/in     ja     nein

## Aktuelle Befunde

Körpergröße und Körpergewicht nur bei Kindern.

Körpergröße  m      Körpergewicht  kg

Durchschnittlicher Peakflow-Wert seit der letzten Dokumentation     erstmalig dokumentiert     nicht dokumentiert

verbessert     verschlechtert     gleich bleibend

## Relevante Ereignisse

Stationäre notfallmäßige Behandlung von Asthma seit der letzten Dokumentation     Anzahl

Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von Asthma seit der letzten Dokumentation     Anzahl

## Aktuelle Medikation

Aktuelle diagnosespezifische Regelmedikation     ja     nein

Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ)     bei Bedarf     Dauermedikation     keine

Inhalative Glukokortikosteroide     bei Bedarf     Dauermedikation     keine

Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika     bei Bedarf     Dauermedikation     keine

Systemische Glukokortikosteroide     bei Bedarf     Dauermedikation     keine

Sonstige (z. B. Theophyllin, Leukotrien-Rezeptor-Antagonist)     bei Bedarf     Dauermedikation     keine

## Schulungen

Empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation)     ja     nein     war aktuell nicht möglich     bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen

Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)     ja     nein

Inhalationstechnik überprüft     ja     nein

## Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Empfehlung zum Tabakverzicht     ja     nein

Schriftlicher Selbstmanagement-Plan     ja     nein     nicht durchführbar

Asthma-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst     ja     nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

TT.MM.JJJJ

(optionales Feld)

Dokumentationsintervall     quartalsweise     jedes zweite Quartal

Datum

TT.MM.JJJJ

Unterschrift des Arztes