

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

# Folge-Dokumentation koronare Herzkrankheit

Blatt 1  
Original für die  
Datenannahmestelle

 Arztwechsel      DMP-Fallnummer       

Krankenhaus-**IK**

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

032H

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

## Anamnese

### Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen

<input checked="" type="checkbox"/> keine	<input checked="" type="checkbox"/> Hypertonus	<input checked="" type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input checked="" type="checkbox"/> symptomatische Herzrhythmusstörungen
<input checked="" type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input checked="" type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input checked="" type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung	<input checked="" type="checkbox"/> sonstige

### Raucher

 ja  
 nein

## aktuelle Befunde

Angina pectoris typisch:  Grad I  Grad II  Grad III  Grad IV  
 atypisch  nicht-anginöser Brustschmerz  keine Schmerzsymptomatik

### Herzinsuffizienz

 nein  
 ja -> NYHA  I  II  III  IV

Blutdruck    /    mmHg

Cholesterin gesamt    mg/dl oder   ,  mmol/l  nicht untersucht

LDL-Cholesterin    mg/dl oder   ,  mmol/l  nicht untersucht

## relevante Ereignisse seit der letzten Dokumentation

akutes Koronarsyndrom  ja  nein

### KHK-spezifische diagnostische und/oder therapeutische Intervention

 keine  Koronarangiografie  percutane Intervention  Bypass-Operation

### Stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK

 Anzahl

### nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK

 Anzahl

## aktuelle Medikation

diagnosespezifische Medikation  ja  nein

Betablocker  ja  nein  Kontraindikation

Thrombozytenaggregationshemmer  ja  nein  Kontraindikation

Nitrate  ja  nein

ACE-Hemmer  ja  nein

Kalzium-Antagonisten  ja  nein

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)  ja  nein

sonstige aktuelle diagnose-spezifische Medikation  ja  nein

## Schulungen

### Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) (Nur eine Angabe je Schulung ist möglich)

Diabetes-Schulung  ja  nein  war aktuell nicht möglich

Hypertonie-Schulung  ja  nein  war aktuell nicht möglich

INR-Schulung  ja  nein  war aktuell nicht möglich

andere Schulungen  ja  nein  war aktuell nicht möglich

bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen

### Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

Diabetes-Schulung

Hypertonie-Schulung

INR-Schulung

andere Schulungen

keine

## Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen  ja  nein

Zielvereinbarung Blutdruck aktuellen Wert:  halten  senken

KHK-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 koronare Herzkrankheit

Blatt 2  
Durchschrift für den  
ausstellenden Arzt

 Arztwechsel      DMP-Fallnummer       
 Krankenhaus-**IK**
 **Arztstempel** (bitte auch auf Blatt 1 und 3)

032H

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

## Anamnese

### Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen

 keine       Hypertonus       Herzinfarkt       symptomatische Herzrhythmusstörungen  
 Herzinsuffizienz       Diabetes mellitus       Fettstoffwechselstörung       sonstige

### Raucher

 ja  
 nein

## aktuelle Befunde

**Angina pectoris** typisch:  Grad I     Grad II     Grad III     Grad IV  
 atypisch     nicht-anginöser Brustschmerz     keine Schmerzsymptomatik

**Blutdruck**    /    mmHg

**Cholesterin gesamt**    mg/dl    oder      ,  mmol/l     nicht untersucht

**Herzinsuffizienz**  nein

**LDL-Cholesterin**    mg/dl    oder      ,  mmol/l     nicht untersucht

ja -> NYHA  I     II     III     IV

## relevante Ereignisse seit der letzten Dokumentation

**akutes Koronarsyndrom**  ja     nein

**KHK-spezifische diagnostische und/oder therapeutische Intervention**  
 keine     Koronarangiografie     percutane Intervention     Bypass-Operation

**Stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK**  Anzahl

**nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK**  Anzahl

## aktuelle Medikation

**diagnosespezifische Medikation**  ja     nein

**ACE-Hemmer**  ja     nein

**Betablocker**  ja     nein     Kontraindikation

**Kalzium-Antagonisten**  ja     nein

**Thrombozytenaggregationshemmer**  ja     nein     Kontraindikation

**HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)**  ja     nein

**Nitrate**  ja     nein

**sonstige aktuelle diagnose-spezifische Medikation**  ja     nein

## Schulungen

### Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) (Nur eine Angabe je Schulung ist möglich)

**Diabetes-Schulung**  ja     nein     war aktuell nicht möglich

### Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

 Diabetes-Schulung

**Hypertonie-Schulung**  ja     nein     war aktuell nicht möglich

 Hypertonie-Schulung

**INR-Schulung**  ja     nein     war aktuell nicht möglich

 INR-Schulung

**andere Schulungen**  ja     nein     war aktuell nicht möglich

 andere Schulungen

bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen 
 keine

## Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

**Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen**  ja     nein

### Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

    .      

(optionales Feld)

**Zielvereinbarung Blutdruck**  
aktuellen Wert:  halten     senken

**Dokumentationsintervall**  quartalsweise

 jedes zweite Quartal

### Datum

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

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 koronare Herzkrankheit

Blatt 3  
Durchschrift für den  
Versicherten

 Arztwechsel      DMP-Fallnummer       

Krankenhaus-**IK**

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 1 und 2)

032H

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

## Anamnese

### Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen

<input checked="" type="checkbox"/> keine	<input checked="" type="checkbox"/> Hypertonus	<input checked="" type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input checked="" type="checkbox"/> symptomatische Herzrhythmusstörungen
<input checked="" type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input checked="" type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input checked="" type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung	<input checked="" type="checkbox"/> sonstige

### Raucher

 ja  
 nein

## aktuelle Befunde

Angina pectoris typisch:  Grad I  Grad II  Grad III  Grad IV  
 atypisch  nicht-anginöser Brustschmerz  keine Schmerzsymptomatik

Blutdruck    /    mmHg

Cholesterin gesamt    mg/dl oder   ,  mmol/l  nicht untersucht

Herzinsuffizienz  nein

LDL-Cholesterin    mg/dl oder   ,  mmol/l  nicht untersucht

ja -> NYHA  I  II  III  IV

## relevante Ereignisse seit der letzten Dokumentation

akutes Koronarsyndrom  ja  nein

KHK-spezifische diagnostische und/oder therapeutische Intervention  
 keine  Koronarangiografie  percutane Intervention  Bypass-Operation

Stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK  Anzahl

nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK  Anzahl

## aktuelle Medikation

diagnosespezifische Medikation  ja  nein

ACE-Hemmer  ja  nein

Betablocker  ja  nein  Kontraindikation

Kalzium-Antagonisten  ja  nein

Thrombozytenaggregationshemmer  ja  nein  Kontraindikation

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)  ja  nein

Nitrate  ja  nein

sonstige aktuelle diagnose-spezifische Medikation  ja  nein

## Schulungen

### Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) (Nur eine Angabe je Schulung ist möglich)

Diabetes-Schulung  ja  nein  war aktuell nicht möglich

### Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

Diabetes-Schulung

Hypertonie-Schulung  ja  nein  war aktuell nicht möglich

Hypertonie-Schulung

INR-Schulung  ja  nein  war aktuell nicht möglich

INR-Schulung

andere Schulungen  ja  nein  war aktuell nicht möglich

andere Schulungen

bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen

keine

## Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen  ja  nein

### Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

.

(optionales Feld)

Zielvereinbarung Blutdruck aktuellen Wert:  halten  senken

Dokumentationsintervall  quartalsweise

jedes zweite Quartal

### Datum

.

KHK-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst  ja  nein

Unterschrift des Arztes