

CHECKLISTE ZWEITMEINUNGSVERFAHREN

zum Vertrag nach § 73 a zur Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von Versicherten der AOK Nordost mit chronischer Hepatitis C in Berlin

zwischen Kassenärztlicher Vereinigung Berlin und der AOK Nordost

Zweitmeinungsverfahren für

Datum:

Allgemeines	
• Geplante HCV-Behandlung	
• Grund für die Wahl der HCV-Behandlung	
Anamnese HCV	
• Geburtsjahr	
• Geschlecht	
• Schwangerschaft (ja/nein)	
• Erstdiagnose	
Erstdatum pos. Antikörpertest Erstdatum pos. HCV-RNA	
• Verlauf der HCV-RNA	
• Genotyp	
• Ggf. Resistenztest	
• Informationen zur Vortherapie	
Wann	
Dauer	
Was	
Ergebnis	

Nebenwirkungen	
Adhärenz	
Resistenzen	
<ul style="list-style-type: none"> ● Informationen zu evtl. vorherigen HCV- Infektionen 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Erfolgte Transplantationen 	
Allgemeine Anamnese	
<ul style="list-style-type: none"> ● Weitere Symptome 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Extrahepatische Manifestationen? 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Drogengebrauch/Drogenanamnese 	
Diagnosen	
<ul style="list-style-type: none"> ● Weitere Diagnosen 	
<ul style="list-style-type: none"> ● HIV 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Weitere Hepatitiden 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Psychiatrische Komorbiditäten 	
Bildgebung/Histologie	
<ul style="list-style-type: none"> ● Ultraschall Leber 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Ggf. Fibroscan 	
<ul style="list-style-type: none"> ● ggf. Arfi 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Ggf. Leberbiopsie 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Klinische Symptome/ Komplikationen 	
Labor	
<ul style="list-style-type: none"> ● Datum Blutentnahme 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Großes Blutbild 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Klinische Chemie 	
Bili, AP, yGT, AST, ALT, CHE, Kreatinin, eGFR, ggf. AFP	
<ul style="list-style-type: none"> ● Quick 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Ggf. Hepatitis B, ggf. D-Serologie 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Albumin bzw. Gesamteiweiss 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Ggf. HIV-assoziierte Parameter 	

• CD4-Zellzahl, HIV-RNA	
• Weitere Werte je nach Komorbidität	
• Urinkontrolle	
Medikation	
• Vollständige Medikation	
• Ggf. Angaben über nicht verschreibungspflichtige Medikation	
• Substitution	
Weitere Befunde	
• Je nach Komorbidität	

Expertise Zweitmeiner

Therapieempfehlung und ggf. Bemerkungen
Kommentar

_____ Datum

_____ Unterschrift