

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-567
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-2@kvberlin.de

Praxisstempel

Indikationsstellung auf ambulante Durchführung der Immunapherese bei rheumatoider Arthritis im Einzelfall (Patient)

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung/ Nr. 1 der Anlage I, in der Fassung vom 17. Januar 2006, zuletzt geändert am 19. Juli 2018 (BAnz. AT 11.10.2018 B2)
- in Kraft getreten am 12. Oktober 2018 -

1. Indikationsstellender Arzt:

Name: _____ Vorname: _____

Praxis- bzw. Einrichtungsanschrift: _____

Tel.-Nr. der Praxis bzw. Einrichtung: _____

2. Patientendaten

Pseudonym: _____

Geschlecht: _____

Geburtsjahr: _____

leistungspflichtige Krankenkasse, ggf. Anschrift der zuständigen Geschäftsstelle:

- Erstindikationsstellung**
- Indikationsstellung für die Fortsetzung**

Frühere Immunapheresebehandlungen Ergebnisse:

von: _____ bis: _____

von: _____ bis: _____

von: _____ bis: _____

Diagnosen:

Wodurch gesichert:

Anamnese:

Patient ist Dialysepatient: Ja Nein

Falls Kontraindikationen:

Indikation für die Immunapherese:

Geplantes Adsorptionsverfahren:

Bemerkungen:

3. Maßnahmen zum Datenschutz

Die schriftliche Einwilligung des Patienten zur Übermittlung der pseudonymisierten Unterlagen an die Kommission:

liegt vor

wird nachgereicht

Die eingereichten Unterlagen können erst **nach** Bestätigung des Vorliegens einer schriftlichen Einwilligung an die zuständige Kommission zur Beratung weitergeleitet werden.

Die Zustimmung meines vg. Patienten zur Übermittlung des Beratungsergebnisses der QS Kommission Dialyse an meine Praxis liegt mir vor.

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der hier gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des indikationsstellenden Arztes

Anlagen:

Laborparameter vom: _____

Aktivitätsscore vom: _____

Ergänzende ärztliche Beurteilung des Patienten durch:
Internist/ Rheumatol. oder Orthopäde/ Rheumatol. vom: _____

***** BITTE BEACHTEN *****

Alle Anlagen müssen mit dem entsprechenden Pseudonym versehen werden.