

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, γGT, 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 	
<ul style="list-style-type: none"> • CD4+Zellzahl, HIV+RNA 	
<ul style="list-style-type: none"> • Weitere Werte je nach Komorbidität 	
<ul style="list-style-type: none"> • Urinkontrolle 	
Medikation	
<ul style="list-style-type: none"> • Vollständige Medikation 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ggf. Angaben über nicht verschreibungspflichtige Medikation 	
<ul style="list-style-type: none"> • Substitution 	
Weitere Befunde	
<ul style="list-style-type: none"> • Je nach Komorbidität 	

Expertise Zweitmeiner

Therapieempfehlung und ggf. Bemerkungen

Kommentar

Datum

Unterschrift