

Patientenfragebogen

gemäß Anlage 1 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankung
(Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids)

Versicherten-Nr.: _____

geboren am: _____

weiblich männlich divers

Berichtsquartal/Jahr: ____ / ____

⇒ Transmissionsweg

Vermutetes bzw. bekanntes Infektionsrisiko

Ja

Nein

wenn ja, welches: _____

⇒ Laborwerte (alle im Berichtsquartal erhobenen Werte)

Erstmaliger Nachweis der HIV-Infektion Monat/Jahr _____	CD-4-T-Zellzahl je μ l Datum: _____
Letzter negativer HIV-Antikörpertest Monat/Jahr _____	Viruslast je ml Datum: _____

⇒ Antiretrovirale Therapie

Durchgeführte/s Regime (z.B. TVD/ATV/r) im Berichtsquartal:

1. _____

2. _____

Zu 1. Datum: Beginn _____ ggf. Datum: Ende _____

Gab es im Berichtsquartal einen Wechsel? Wenn ja, warum?

Nein Ja, weil: _____

ggf. Grund für die jeweilige Beendigung, sowie Angabe, ob in dem angegebenen Regime ein Firstline-Regime enthalten ist:

Zu 2. Datum: Beginn _____ ggf. Datum: Ende _____

Gab es im Berichtsquartal einen Wechsel? Wenn ja, warum?

Nein Ja, weil: _____

ggf. Grund für die jeweilige Beendigung, sowie Angabe, ob in dem angegebenen Regime ein Firstline-Regime enthalten ist:

⇒ Beobachtungs-/behandlungsbedürftige HIV-assoziierte Erkrankungen im Berichtsquartal mit ICD-10 Kodierung

⇒ Koinfektionen im Berichtsquartal

Hepatitis B Ja Nein Hepatitis C Ja Nein

⇒ Beobachtungs-/behandlungsbedürftige Aids-definierende Erkrankungen im Berichtsquartal mit ICD-10 Kodierung

Opportunistische Infektionen Ja Nein

wenn ja, welche: _____

Malignome Ja Nein

wenn ja, welche: _____

Sonstige opportunistische Erkrankungen Ja Nein

z. B. HIV-Enzephalopathie, Kachexie-Syndrom

wenn ja, welche: _____

Krankheitsbild nur bei Kindern (< 13 Jahre) Ja Nein

z. B. bakterielle Infektionen (multiple, rezidivierend und mehr als eine Infektion in 2 Jahren), chronische lymphoide interstitielle Pneumonie, wenn ja, welche:

⇒ Prophylaxemaßnahmen, z.B. zur Verhinderung von ... im Berichtsquartal

Pneumocystis jioveci- Pneumonie (PJP) Ja Nein

wenn ja, welche: _____

Candidiasis Ja Nein

wenn ja, welche: _____

zerebrale Toxoplasmose Ja Nein

wenn ja, welche: _____

ggf. sonstige Ja Nein

wenn ja, welche: _____

⇒ Impfschutz/erhobener Impfstatus im Berichtsquartal

Tetanus Ja Nein, zuletzt erfolgt: _____

Diphtherie Ja Nein, zuletzt erfolgt: _____

Polio Ja Nein, zuletzt erfolgt: _____

Hepatitis A Ja Nein, zuletzt erfolgt: _____

Hepatitis B Ja Nein, zuletzt erfolgt: _____

Pneumokokken Ja Nein, zuletzt erfolgt: _____

Influenza Ja Nein, zuletzt erfolgt: _____

⇒ Veranlassung von Screeningmaßnahmen

- Hepatitis Ja Nein
- CMV-Retinitis Ja Nein
- Analkarzinom Ja Nein
- Hautkrebs Ja Nein
- Zervixkarzinom Ja Nein

⇒ Resistenztestung im Berichtsquartal

Resistenztestung
(EBM-Ziffer 32828 Genotypische HIV-Resistenztestung
bei HIV-Infizierten gemäß Anlage 1 Nr. 10 der Richtlinie
Methoden vertragsärztliche Versorgung) Ja Nein
wenn ja, Monat/Jahr: _____/_____

⇒ Besonderheiten

Ich bestätige die Übereinstimmung der eingereichten Dokumentation mit der originären Patientendokumentation,
gemäß § 8 Abs. 2 Satz 3 Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids.

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragsarztes/Praxisstempel