

# Dokumentation nach Anlage 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids

**Berichtsquartal**

**Patientenidentifikation:**

**Vermutetes bzw. bekanntes Infektionsrisiko:**

unbekannt

MSM  
Drogen

Het  
Endemie

## Labor

**Erstmaliger Nachweis der HIV-Infektion**

<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>		nicht bekannt
Monat	Jahr		

**Letzter negativer HIV-Antikörpertest:**

<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>		nicht bekannt
Monat	Jahr		

**Letzte Cd4-T-Zellzahl im Berichtsquartal bzw. im Vorquartal:**

<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
Monat	Jahr

 pro µl

**Letzte Viruslast im Berichtsquartal bzw. im Vorquartal:**

<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
Monat	Jahr

 pro ml

**Resistenztestung** (EBM-Ziffer 32828 „Genotypische HIV-Resistenztestung bei HIV-Infizierten“ gemäß Anlage 1 Nr. 10 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)

**nicht durchgeführt**

<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>		<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>		<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
Monat	Jahr		Monat	Jahr		Monat	Jahr

## Zusätzliche Diagnosen / Erkrankungen im Berichtsquartal

**Therapiebedürftige Diagnosen** (neben HIV/Aids) im Berichtsquartal (möglichst mit ICD-10 Kodierung):


**Beobachtungs-/behandlungsbedürftige HIV-assoziierte Erkrankungen** (möglichst mit ICD-10 Kodierung):

1.		<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	Monat	Jahr
2.		<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	Monat	Jahr
3.		<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	Monat	Jahr
4.		<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	Monat	Jahr

## Dokumentation nach Anlage 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids

**Beobachtungs-/behandlungsbedürftige Aids-definierende Erkrankungen möglichst mit ICD-10 Kodierung:**

Opportunistische Infektionen:	1.		<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr
	2.		<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr
	3.		<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr

Malignome:	1.		<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr
	2.		<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr
	3.		<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr
	4.		<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr

Sonstige Aids-definierende Syndrome (z.B. Enzephalopathie, Kachexie-Syndrom)	1.		<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr
	2.		<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr
	3.		<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr
	4.		<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr

Krankheitsbild nur bei Kindern (< 13 Jahre)	Bakterielle Infektionen, multiple, rez. (> 1 in 2 Jahren)	<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr
	Chronische lymphoide interstitielle Pneumonie	<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr

<b>Coinfektionen:</b>	Hepatitis B	Hepatitis C
-----------------------	-------------	-------------

### Prophylaxemaßnahmen:

Zur Verhinderung von pneumocystis jiroveci Pneumonie (PJP)  Candidiasis  zerebrale Toxoplasmose	Sonstiges  <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>  <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>
---	---

<b>Impfstatus überprüft</b>  <b>Bei fehlender Immunisierung Auffrischung durchgeführt:</b>  Tetanus Hepatitis A Influenza Pneumokokken	<b>Immunisierung reicht aus</b>  Diphtherie Hepatitis B Pertussis Polio
---	--

**Screening-Maßnahmen:**

Im Berichtsquartal nicht angefallen

Tuberkulose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Analkarzinom	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Monat	Jahr		Monat	Jahr
Hepatitis C	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hautkrebs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Monat	Jahr		Monat	Jahr
CMV-Retinitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zervixkarzinom	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Monat	Jahr		Monat	Jahr

**Antiretrovirale Therapie:**

Durchgeführte Regime: (z.B. TVD / ATV/r)		Grund der Beendigung	Aktuellste APT	Beginn:	Ende:
1.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr
2.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr
3.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr
4.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr
5.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr
6.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr
7.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr
8.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr
9.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr
10.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr
11.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jahr

**Dokumentation nach Anlage 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids**

Begründung für  
nicht durchgeführte Untersuchungen bzw. Angaben von Besonderheiten zur Behandlung

**Besonderheiten**

---

---

---

---

---

---

---

---

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Arztes (Stempel)