

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: 20px;" type="text"/> Monat	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Jahr	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text" value="nicht bekannt"/>
--	---	---

Letzter negativer HIV-Antikörpertest:

<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Monat	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Jahr	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text" value="nicht bekannt"/>
--	---	---

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

<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Monat	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Jahr	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> pro µl
--	---	--

Letzte Viruslast im Berichtsquartal bzw. im Vorquartal:

<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Monat	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Jahr	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 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: 20px;" type="text"/> Monat	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Jahr	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Monat	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Jahr	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Monat	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Jahr	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Monat	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Jahr
--	---	--	---	--	---	--	---

Zusätzliche Diagnosen / Erkrankungen im Berichtsquartal

Therapiebedürftige Diagnosen (neben HIV/Aids) im Berichtsquartal (möglichst mit ICD-10 Kodierung) außer Hepatitis B/C:

<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>

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

1.	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Monat	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Jahr
2.	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Monat	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Jahr
3.	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Monat	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Jahr
4.	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Monat	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monat	Jahr	
	2.		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monat	Jahr
	3.		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monat	Jahr
Malignome:	1.		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monat	Jahr	
	2.		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monat	Jahr
	3.		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monat	Jahr
	4.		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monat	Jahr
Sonstige Aids-definierende Syndrome (z.B. Enzephalopathie, Kachexie-Syndrom)	1.		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monat	Jahr	
	2.		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monat	Jahr
	3.		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monat	Jahr
	4.		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monat	Jahr
Krankheitsbild nur bei Kindern (< 13 Jahre)	Bakterielle Infektionen, multiple, rez. (> 1 in 2 Jahren)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monat	Jahr	
	Chronische lymphoide interstitielle Pneumonie		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monat	Jahr	

Coinfektionen:

Hepatitis B

Hepatitis C

Prophylaxemaßnahmen:

Nicht erforderlich

Zur Verhinderung von pneumocystis jiroveci Pneumonie (PJP)

Candidiasis

zerebrale Toxoplasmose

Sonstiges

Impfstatus überprüft

Immunisierung reicht aus

Bei fehlender Immunisierung Auffrischung durchgeführt:

Tetanus

Hepatitis A

Influenza

Pneumokokken

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"/> <input type="checkbox"/>	Analkarzinom	<input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/>	Hautkrebs	<input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/>	Zervixkarzinom	<input type="checkbox"/> <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. TAF / FTC / DRV-C)		Grund der Beendigung	Aktu- elleste ART	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)