

Anlage 4

zum Vertrag gemäß § 140a SGB V zur besonderen Versorgung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und der BARMER zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Patienten mit einer chronischen Hepatitis C Virusinfektion

Datenerfassungsbogen zur Supervision

Jeweils ein Exemplar des Erfassungsbogens pro teilnehmenden Patienten/in **zum Verbleib** beim Supervisor und supervidierten Arzt

Datum: _____

Dokumentation der Supervision des/ der Patienten/in: _____
(Name und Geburtsdatum des Patienten/in)

gemäß § 2 Absatz 6 [Status und Qualifikationsvoraussetzungen der teilnehmenden Ärzte] im Rahmen der Teilnahme am Vertrag gemäß § 140a SGB V zur besonderen Versorgung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und der BARMER zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Patienten mit einer chronischen Hepatitis C Virusinfektion.

I. Allgemeines	
Geplante HCV-Behandlung	
Grund für die Wahl der HCV-Behandlung	
II. 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	
Informationen zu evtl. vorherigen HCV- Infektionen	
Erfolgte Transplantationen	
III. Allgemeine Anamnese	
Weitere Symptome	
Extrahepatische Manifestationen?	
Drogengebrauch / Drogenanam- nese	
IV. Diagnosen	
Weitere Diagnosen	
HIV	
Weitere Hepatitiden	
Psychiatrische Komorbiditäten	

V. Bildgebung/Histologie	
Ultraschall Leber	
Ggf. Fibroscan	
ggf. Arfi	
Ggf. Leberbiopsie	
Klinische Symptome / Komplikationen	
Somit Leberzirrhose	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
VI. Labor	
Datum Blutentnahme	
Großes Blutbild	
Klinische Chemie	
Bili, AP, yGT, AST, ALT, CHE, Kreatinin, eGFR, ggf. AFP	
Quick	
Ggf. Hepatitis B, ggf. D-Serologie	
Albumin bzw. Gesamteiweiß	
Ggf. HIV-assoziierte Parameter	
CD4-Zellzahl, HIV-RNA	
Weitere Werte je nach Komorbidität	
Urinkontrolle	
VII. Medikation	
Vollständige Medikation	
Ggf. Angaben über nicht verschreibungspflichtige Medikation	
Substitution	

VIII. Weitere Befunde	
Je nach Komorbidität	

Expertise Supervisor:

Therapieempfehlung und ggf. Bemerkungen
Kommentar

_____ (Datum)

_____ (Unterschrift des Supervisors)