

Dokumentationsbogen zur Vertragsevaluation

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unter-
schriebene Formular an die folgende Fax-Nr.:

0231 9432-87039

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Sehr geehrte Damen und Herren,

der/die hier **anonym dokumentierte** Patient/in nimmt am Vertrag gemäß § 140a SGB V zur besonderen Ver-
sorgung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und der BARMER zur Verbesserung
der Versorgungsqualität von Patienten mit einer chronischen Hepatitis C Virusinfektion teil.

Antivirale Vortherapie: nein ja, welche? _____

Antivirale Therapie im Rahmen der Teilnahme:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sovaldi [®] (Sofosbuvir) | <input type="checkbox"/> Viekirax [®] (Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir) |
| <input type="checkbox"/> Harvoni [®] (Sofosbuvir/Ledipasvir) | <input type="checkbox"/> Exviera [®] (Dasabuvir) |
| <input type="checkbox"/> Daklinza [®] (Daclatasvir) | <input type="checkbox"/> Olysio [®] (Simeprevir) |
| <input type="checkbox"/> Ribavirin | <input type="checkbox"/> andere Therapie mit: _____ |

Genotyp:

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1a | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> 1b | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 6 |
| <input type="checkbox"/> 3 | |

Therapiedauer:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 8 Wochen |
| <input type="checkbox"/> 12 Wochen |
| <input type="checkbox"/> 24 Wochen |
| <input type="checkbox"/> _____ Wochen |

Liegt eine Leberzirrhose vor:

- ja** Angabe Stadium: _____
- nein**

Ausgangsviruslast:

- _____
- Roche Ampliprep/COBAS[®] TaqMan
- Abbott RealTime [®]
- anderes Verfahren: _____

Therapieergebnis „SVR24“:

- ja**
- nein**, kurze medizinische Begründung für Therapieversagen:

