

# DOKUMENTATIONSBOGEN HIV / AIDS

(gemäß § 135 Abs. 2 SGB V Qualitätssicherungsvereinbarung HIV-AIDS § 7 Anlage 1)



KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG  
RHEINLAND-PFALZ

Name, Vorname des Patienten (in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum (TTMMJJJJ) \_\_\_\_\_

Quartal/Jahr dieser Dokumentation \_\_\_\_\_

ggfs. Sterbedatum \_\_\_\_\_

Praxisstempel

Infektionsrisiko	<input type="checkbox"/> ist bekannt	<input type="checkbox"/> wird vermutet
<input type="checkbox"/> Sex zwischen Männern (MSM) <input type="checkbox"/> Intravenöser Drogengebrauch <input type="checkbox"/> Hämophilie <input type="checkbox"/> Bluttransfusion/Blutprodukte (nicht Hämophilie) <input type="checkbox"/> Berufliche Exposition (Medizinalberufe) <input type="checkbox"/> Heterosexuelle Kontakte <input type="checkbox"/> Hochprävalenzgebiet <input type="checkbox"/> Prä-/Perinatale Infektion <input type="checkbox"/> Andere Risiken (bitte angeben) _____ <input type="checkbox"/> nicht ermittelbar		
Ggfs. Information zum Risiko der vermuteten Infektionsquelle:          Zeitpunkt der HIV-Erstdiagnose:    Monat _____ Jahr _____ <input type="checkbox"/> unbekannt  Letzter negativer HIV-Antikörpertest: Monat _____ Jahr _____ <input type="checkbox"/> unbekannt  <b>Laborwerte</b> Im Berichtsquartal:		
<b>Datum der Bestimmung</b>	<b>CD4-Zahl (Zellen / µl)</b>	<b>Viruslast (Kopien / ml)</b>
Resistenzbestimmung durchgeführt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

**Beobachtungs-/ behandlungsbedürftige HIV-assoziierte Erkrankungen:**

ja     nein

*Diagnosen mit ICD 10-Kodierung*

Diagnose (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_

Diagnose (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_

Diagnose (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_

Diagnose (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_

**Beobachtungs-/ behandlungsbedürftige AIDS-definierte Erkrankungen:**

ja     nein

*Diagnosen mit ICD 10-Kodierung*

Diagnose (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_

Diagnose (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_

Diagnose (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_

Diagnose (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_

**Therapiebedürftige weitere Diagnosen (außer HIV/AIDS) im Berichtsquartal:**

ja     nein

*Diagnosen mit ICD 10-Kodierung*

Diagnose (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_

Diagnose (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_

Diagnose (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_

Diagnose (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_

**Koinfektionen:**

Hepatitis B:  ja    Erstdiagnose Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_  unbekannt  
(aktuell mit Therapie:  ja     nein     unbekannt)

Hepatitis C:  ja    Erstdiagnose Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_  unbekannt  
(aktuell mit Therapie:  ja     nein     unbekannt)

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Prophylaxemaßnahmen:**

Durchgeführt zur Verhinderung von:

- Pneumocystis jiroveci-Pneumonie     ja     nein     unbekannt  
 Candidiasis     ja     nein     unbekannt  
 cerebrale Toxoplasmose     ja     nein     unbekannt  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

**Impfschutz/-status:**

- Tetanus:             vorhanden     durchgeführt am \_\_\_\_\_     nicht erhoben  
 Diphtherie:         vorhanden     durchgeführt am \_\_\_\_\_     nicht erhoben  
 Polio:               vorhanden     durchgeführt am \_\_\_\_\_     nicht erhoben  
 Hepatitis A:         vorhanden     durchgeführt am \_\_\_\_\_     nicht erhoben  
 Hepatitis B:         vorhanden     durchgeführt am \_\_\_\_\_     nicht erhoben  
 Pneumokokken:     vorhanden     durchgeführt am \_\_\_\_\_     nicht erhoben  
 Grippe:              vorhanden     durchgeführt am \_\_\_\_\_     nicht erhoben

**Screeningmaßnahmen**

(Ggfs. kann eine Maßnahme auch länger zurückliegen, muss also nicht im Berichtsquartal erfolgt sein. Die hier aufgeführten Maßnahmen müssen nicht unbedingt für alle Patienten von Bedeutung sein)

- Tuberkulose:         erhoben     durchgeführt am \_\_\_\_\_     keine Angabe  
 Hepatitis C:         erhoben     durchgeführt am \_\_\_\_\_     keine Angabe  
 CMV-Retinitis:     erhoben     durchgeführt am \_\_\_\_\_     keine Angabe  
 Analkarzinom:      erhoben     durchgeführt am \_\_\_\_\_     keine Angabe  
 Zervixkarzinom:    erhoben     durchgeführt am \_\_\_\_\_     keine Angabe  
 Hautkrebs:          erhoben     durchgeführt am \_\_\_\_\_     keine Angabe  
 Syphilis:            erhoben     durchgeführt am \_\_\_\_\_     keine Angabe

Sonstige (z.B. altersabhängig allgemein empfohlene Screeningmaßnahmen):

**Antiretrovirale Therapie im Berichtsquartal**

<b>Regime</b> (z.B. TVD + ATV/r)	ggfs. Grund der Beendigung	First-Line?	<b>Beginn</b> (Monat/Jahr)	<b>Ende</b> (Monat/Jahr)

 **Besonderheiten:**


---



---

 **Keine Besonderheiten**\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift