

CHECKLISTE ZWEITMEINUNGSVERFAHREN

zum Vertrag nach § 73 a zur Erhöhung der Versorgungsqualität von chronisch
Hepatitis C (HCV)-Infizierten

zwischen Kassenärztlicher Vereinigung Nordrhein und der AOK
Rheinland/Hamburg

Zweitmeinungsverfahren für

Datum:

| Allgemeines | |
|---|--|
| • Geplante HCV-Behandlung | |
| • Grund für die Wahl der HCV-Behandlung | |
| 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 | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Informationen zu evtl. vorherigen HCV- Infektionen | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Erfolgte Transplantationen | |
| Allgemeine Anamnese | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Weitere Symptome | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Extrahepatische Manifestationen? | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Drogengebrauch/Drogenanamnese | |
| Diagnosen | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Weitere Diagnosen | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● HIV | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Weitere Hepatitiden | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Psychiatrische Komorbiditäten | |
| Bildgebung/Histologie | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Ultraschall Leber | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Ggf. Fibroscan | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● ggf. Arfi | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Ggf. Leberbiopsie | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Klinische Symptome/ Komplikationen | |
| Labor | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Datum Blutentnahme | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Großes Blutbild | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Klinische Chemie | |
| Bili, AP, yGT, AST, ALT, CHE, Kreatinin, eGFR, ggf. AFP | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Quick | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Ggf. Hepatitis B, ggf. D-Serologie | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Albumin bzw. Gesamteiweiss | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Ggf. HIV-assoziierte Parameter | |

| | |
|---|--|
| • CD4-Zellzahl, HIV-RNA | |
| • Weitere Werte je nach Komorbidität | |
| • Urinkontrolle | |
| Medikation | |
| • Vollständige Medikation | |
| • Ggf. Angaben über nicht verschreibungspflichtige Medikation | |
| • Substitution | |
| Weitere Befunde | |
| • Je nach Komorbidität | |

Expertise Zweitmeiner

| |
|--|
| Therapieempfehlung und ggf. Bemerkungen |
| |
| Kommentar |
| |

_____ Datum

_____ Unterschrift