

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene
Formular an folgende Faxnummer:
0211/8791-1456
AOK Rheinland/Hamburg
Geschäftsbereich Arzneimittel/Apotheken



[Redacted]		
Versicherten-Nr.		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

FAX-FORMULAR ZUR ÜBERMITTLUNG VON DATEN

zum Vertrag nach § 73a zur Erhöhung der Versorgungsqualität von chronisch Hepatitis-C (HCV)-Infizierten – KV Nordrhein und AOK Rheinland/Hamburg

Sehr geehrte Damen und Herren,

die/der hier genannte Versicherte nimmt am Hepatitis-C-Strukturvertrag teil und wird entsprechend der nachstehend genannten Therapie behandelt:

Geplanter Therapiebeginn: _____

Antivirale Therapie mit :

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

Voraussichtliches Therapieende: _____

Therapieergebnis (SVR24): _____

Arztstempel und Unterschrift