

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt- Nr.	VK gültig bis	Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

## Dokumentation der HIV-Infektion/Aids-Erkrankung

Berichtsquartal: \_\_\_\_\_

Herkunftsland: \_\_\_\_\_

**vermutetes bzw. bekanntes Infektionsrisiko:**

\_\_\_\_\_

**Labor (alle im Berichtsquartal erhobene Werte):**

Erstmaliger Nachweis der HIV-Infektion (MM/JJJJ):

\_\_\_\_\_

Letzter neg. HIV-Antikörpertest (MM/JJJJ): \_\_\_\_\_

CD-4-T-Zellzahl je µl (Berichtsquartal): \_\_\_\_\_

Viruslast je ml (Datum im Berichtsquartal): \_\_\_\_\_

**Therapiebedürftige Diagnosen im Berichtsquartal  
(außer Aids, jedoch mit ICD-10 Kodierung)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Beobachtungs-/behandlungsbedürftige HIV-assoziierte Erkrankungen im Berichtsquartal  
(mit ICD-10 Kodierung):**

---

---

**Beobachtungs-/behandlungsbedürftige Aids-definierende Erkrankungen im Berichtsquartal:  
(mit ICD-10 Kodierung)**

Opportunistische Infektionen:

---

Malignome:

---

sonst. Opportunistische Erkrankungen (Bsp. HIV-Enzephalopathie, Kachexie-Syndrom):

---

Krankheitsbild nur bei Kindern (< 13 Jahre) Bsp. Bakterielle Infektionen (multiple, rezidivierend und mehr als eine Infektion in 2 Jahren), chronische lymphoide interstitielle Pneumonie:

---

---

**Koinfektionen (Hepatitis B und/oder C):**

---

---

---

---

**Prophylaxemaßnahmen im Berichtsquartal:**

Pneumocystis-carinii-Pneumonie:  JA  NEIN

Candidiasis:  JA  NEIN

Zerebrale Toxoplasmose:  JA  NEIN

Ggf. sonst: \_\_\_\_\_

---

**Impfstatus:**

- Tetanus:  erhoben MM/JJJJ:\_\_\_\_\_  nie erhoben
- Diphtherie:  erhoben MM/JJJJ:\_\_\_\_\_  nie erhoben
- Polio:  erhoben MM/JJJJ:\_\_\_\_\_  nie erhoben
- Hepatitis A:  erhoben MM/JJJJ:\_\_\_\_\_  nie erhoben
- Hepatitis B:  erhoben MM/JJJJ:\_\_\_\_\_  nie erhoben
- Pneumokokken:  erhoben MM/JJJJ:\_\_\_\_\_  nie erhoben
- Influenza:  erhoben MM/JJJJ:\_\_\_\_\_  nie erhoben

Durchgeführte Impfungen (im Berichtsquartal): \_\_\_\_\_

---

**Wurden irgendwann Screening-Maßnahmen durchgeführt?:**

- Tuberkulose:  JA MM/JJJJ:\_\_\_\_\_  NEIN
- Hepatitis:  JA MM/JJJJ:\_\_\_\_\_  NEIN
- CMV-Retinitis:  JA MM/JJJJ:\_\_\_\_\_  NEIN
- Analkarzinom:  JA MM/JJJJ:\_\_\_\_\_  NEIN
- Hautkrebs:  JA MM/JJJJ:\_\_\_\_\_  NEIN
- Zervixkarzinom:  JA MM/JJJJ:\_\_\_\_\_  NEIN

Wenn NEIN warum? \_\_\_\_\_

---

---

**Antiretrovirale Therapie:**

(durchgeführte Regime z.B. TVD/ATV/r im Berichtsquartal jeweils Datum von Beginn und Ende, ggf. Grund der jeweiligen Beendigung sowie Angabe, ob in den angegebenen Regimen ein Firstline-Regime enthalten ist)

---

---

---

---

---

---

---

---

**letzte Resistenztestung<sup>3</sup> (MM/JJJJ):**

---

**Besonderheiten:**

---

---

---

---

Datum, Unterschrift

**Hinweis:**

Bitte füllen Sie diesen Antragsvordruck vollständig aus und machen Sie alle erforderlichen Angaben. Wir bitten um Ihr Verständnis, dass nur vollständig ausgefüllte Anträge der HIV-Kommission zur Stellungnahme vorgelegt werden können.

<sup>3</sup> EBM-Ziff. 32828 Genotypische HIV-Resistenztestung bei HIV-Infizierten gem. Anlage 1 Nr. 10 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung