

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

Versicherten-Nr.		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



AOK RHEINLAND/HAMBURG

## FAX-FORMULAR ZUR ÜBERMITTLUNG VON DATEN

### zum Vertrag nach § 73 a zur Erhöhung der Versorgungsqualität von chronisch Hepatitis C (HCV)-Infizierten – KV Hamburg 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> <sup>®</sup> (Sofosbuvir)            | <input type="checkbox"/> <i>Viekirax</i> <sup>®</sup> (Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir) |
| <input type="checkbox"/> <i>Harvoni</i> <sup>®</sup> (Sofosbuvir/Ledipasvir) | <input type="checkbox"/> <i>Exviera</i> <sup>®</sup> (Dasabuvir)                          |
| <input type="checkbox"/> <i>Daklinza</i> <sup>®</sup> (Daclatasvir)          | <input type="checkbox"/> Ribavirin  |
| <input type="checkbox"/> <i>Olysio</i> <sup>®</sup> (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