

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. sonstige: _____

Impfstatus

Tetanus	<input type="checkbox"/> erhoben	<u> </u> / <u> </u>	<input type="checkbox"/> nie erhoben
		<small>M M / J J J J</small>	
Diphtherie	<input type="checkbox"/> erhoben	<u> </u> / <u> </u>	<input type="checkbox"/> nie erhoben
		<small>M M / J J J J</small>	
Polio	<input type="checkbox"/> erhoben	<u> </u> / <u> </u>	<input type="checkbox"/> nie erhoben
		<small>M M / J J J J</small>	
Hepatitis A	<input type="checkbox"/> erhoben	<u> </u> / <u> </u>	<input type="checkbox"/> nie erhoben
		<small>M M / J J J J</small>	
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> erhoben	<u> </u> / <u> </u>	<input type="checkbox"/> nie erhoben
		<small>M M / J J J J</small>	
Pneumokokken	<input type="checkbox"/> erhoben	<u> </u> / <u> </u>	<input type="checkbox"/> nie erhoben
		<small>M M / J J J J</small>	
Influenza	<input type="checkbox"/> erhoben	<u> </u> / <u> </u>	<input type="checkbox"/> nie erhoben
		<small>M M / J J J J</small>	

Durchgeführte Impfungen (im Berichtsquartal): _____

Wurden irgendwann Screening-Maßnahmen durchgeführt?

Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<u> </u> / <u> </u>	<input type="checkbox"/> Nein
		<small>M M / J J J J</small>	
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja	<u> </u> / <u> </u>	<input type="checkbox"/> Nein
		<small>M M / J J J J</small>	
CMV-Retinitis	<input type="checkbox"/> Ja	<u> </u> / <u> </u>	<input type="checkbox"/> Nein
		<small>M M / J J J J</small>	
Analkarzinom	<input type="checkbox"/> Ja	<u> </u> / <u> </u>	<input type="checkbox"/> Nein
		<small>M M / J J J J</small>	
Hautkrebs	<input type="checkbox"/> Ja	<u> </u> / <u> </u>	<input type="checkbox"/> Nein
		<small>M M / J J J J</small>	
Zervixkarzinom	<input type="checkbox"/> Ja	<u> </u> / <u> </u>	<input type="checkbox"/> Nein
		<small>M M / J J J J</small>	

Wenn nein, warum? _____

Antiretrovirale Therapie der letzten 2 Jahre

(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*: /
M M / J J J J

Besonderheiten

Datum, Unterschrift

Praxisstempel

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.

* EBM-Ziffer 32828 Genotypische HIV-Resistenztestung bei HIV-Infizierten gem. Anlage 1 Nr. 10 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung