



Qualitätssicherungs-Richtlinien Dialyse in Hessen

**Dokumentationsbogen zur Erfassung von chronischen Hämodialysepatienten,
bei denen zur Zeit dauerhaft die Hämodialyse mit einem Katheter durchgeführt werden**

(Stellungnahme nach Aufforderung bei Auffälligkeit)

Bitte füllen Sie den Bogen möglichst leserlich und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Bearbeitung. Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Dialysepraxis/-einrichtung (Einrichtungspseudonym) _____

Berichts-Quartal: _____

1.) Wie viele gesetzlich Versicherte Dialysepatienten wurden insgesamt in diesem Quartal im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen erfasst?

Anzahl: _____

2.) Bitte geben Sie die folgenden Daten zu jedem Ihrer Katheter-Patienten in diesem Quartal an:

	Patienten-Nr. (EDV)	Alter	w / m	Dialyse seit:	Grund für den Katheter / Komorbidität (Ausprägung z.B. Insuffizienzgrad)
1					
2					
3					
4					

Qualitätssicherungs-Richtlinien Dialyse in Hessen
Dokumentationsbogen zur Erfassung von chronischen Hämodialysepatienten,
bei denen zur Zeit dauerhaft die Hämodialyse mit einem Katheter durchgeführt werden

Bitte füllen Sie den Bogen möglichst leserlich und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Bearbeitung. Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Dialysepraxis/-einrichtung (Einrichtungspseudonym) _____

Berichts-Quartal: _____

	Patienten-Nr. (EDV)	Alter	w / m	Dialyse seit:	Grund für den Katheter / Komorbidität (Ausprägung z.B. Insuffizienzgrad)
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

_____ Datum