

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Stempel des Dialysezentrums

Dialyse- bzw. Diafiltrationsmeldung für AOK-Patienten

Die Meldung wird sofort erforderlich:

- nach dem Beratungsgespräch bzw. vor Beginn der Dialyse- bzw. Diafiltrationspflicht
- nach Wechsel in ein anderes Dialyse- bzw. Diafiltrationsverfahren
- bei Wechsel an einen anderen Dialyse- bzw. Diafiltrationsort durch die ggf. **neue** Dialyseeinrichtung
- bei Veränderung der Dialyse- bzw. Diafiltrationstage, der Schicht oder der Anhäng- bzw. Abhängzeit

Obengenannter Patient wird (künftig) in unserem Dialysezentrum dialysiert bzw. diafiltriert und von uns betreut:

Dialyse- bzw. Diafiltrationsverfahren/-form:

- | | | | |
|----------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Peritonealdialyse | <input type="checkbox"/> | Intermittierende Peritonealdialyse | <input type="checkbox"/> |
| Peritonealdiafiltration | <input type="checkbox"/> | Limited-Care-Dialyse | <input type="checkbox"/> |
| | | Zentrumsdialyse | <input type="checkbox"/> |
| Hämodialyse (HD, HF, HDF), | <input type="checkbox"/> | Limited-Care-Diafiltration | <input type="checkbox"/> |
| | | Zentrumsdiafiltration | <input type="checkbox"/> |
| | | Intermittierende Peritonealdiafiltration | <input type="checkbox"/> |
| | | Heimhämodialyse | <input type="checkbox"/> |

Tage:

- Mo, Mi, Fr
- Di, Do, Sa
- _____

Schicht:

- Frühschicht
- Mittagschicht
- Spätschicht
- Abend-/Nachtschicht

Ort:

Nächsterreichbare Dialyseeinrichtung

Anzahl der wöchentlichen Dialyse- bzw. Diafiltrationsbehandlungen _____

Anhängzeit: _____ Abhängzeit: _____

Angaben zur Dauer der Behandlung: ab

befristet bis

Beförderungsmittel: Hinfahrt zur Dialyse, Diafiltration

- Fußgänger
- öffentliches Verkehrsmittel
- PKW
- Taxi/Mietwagen
- Rollstuhltransport
- Krankentransportwagen

Rückfahrt von der Dialyse, Diafiltration

- Fußgänger
- öffentliches Verkehrsmittel
- PKW
- Taxi/Mietwagen
- Rollstuhltransport
- Krankentransportwagen

Bitte bei Rollstuhl- oder Krankentransport immer Begründung des Beförderungsmittels angeben:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> nicht umsetzbar aus Rollstuhl | <input type="checkbox"/> nicht umsetzbar aus Rollstuhl |
| <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> Tragestuhl | <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> Tragestuhl |
| <input type="checkbox"/> andere _____ | <input type="checkbox"/> andere _____ |
| <input type="checkbox"/> medizinisch fachl. Betreuung notwendig | <input type="checkbox"/> medizinisch fachl. Betreuung notwendig |

Fahrkostensteuerung erfolgt durch die Dialyseeinrichtung (§ 7 Abs. 5 Krankentransport-Richtlinie)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsfahrt mit: _____ | <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsfahrt mit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsfahrt ist aus folgendem Grund nicht möglich: _____ | <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsfahrt ist aus folgendem Grund nicht möglich: _____ |

Ort, Datum

Unterschrift des Dialysepatienten

Unterschrift des Arztes