

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