



Geburtsjahrgang Patient: _____

1. Die Opiatabgabe erfolgt durch...

- Sie selbst in der Praxis
- Via externe Apotheke auf Ihre Verordnung

2. Wissen Sie etwas über möglichen begleitenden i.v. Drogenkonsum?

- Schon sicher > 1 Jahr kein i.v. Konsum
- i.v. Beikonsum möglich, unsicher
- Pat. hat immer noch i.v. Drogenkonsum
- Ich kenne Pat. zu wenig gut um es zu beurteilen
- Anderes: _____

3. Wurde der Patient/die Patientin jemals auf HCV-Antikörper (HCV-AK Suchtest) getestet?

Ja Nein

falls Ja

falls Nein

4a. Jemals positiver HCV-AK-Suchtest?

- Ja, Datum: _____
- Nein, Datum negativer Test: _____

4b. Falls bei diesem Patienten/dieser Patientin bisher kein Hepatitis C-Screening erfolgte: Was waren die Gründe (Mehrfachnennung möglich)?

- Patient wollte nicht
- Kosten
- Nicht daran gedacht
- Unklarheiten bezüglich korrektem Test
- Technische Probleme, zb. schwierige Blutentnahme
- Anderes: _____
- Keine Antwort

Wurde jemals eine HCV-RNA bestimmt?

- Ja und HCV-RNA war nachweisbar (=positiv), Datum: _____
- Ja und HCV-RNA war nicht nachweisbar (= negativ), Datum: _____
- Nein bisher nicht
- Unbekannt

Falls Patient(in) eine nachweisbare (=positive) HCV-RNA hat(te): Hat der Patient eine HCV-Therapie erhalten? (Frage entfällt falls bisher keine HCV-RNA bestimmt wurde)

- Ja, im Jahr: _____
- Nein bisher nicht

Falls dieser Patient/diese Patientin eine bekannte HCV-Infektion hat (= HCV-AK positiv und HCV-RNA nachweisbar) und bislang noch nicht behandelt ist: Hätten Sie Interesse dies anzubieten?

- Ja
- Nein

Hätten Sie Interesse dem Patienten/der Patientin einen HCV-AK-Test anzubieten (ggf. aus Speichel)?

- Ja
- Nein

Falls ja: Dürfen wir Sie direkt kontaktieren?

- Ja, via email
- Ja, via Telefon
- Ja, via Briefpost
- Ja, anders: _____
- Nein

Datum _____ Praxisstempel _____