



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

**4a. Jemals positiver HCV-AK-Suchtest?**

- Ja, Datum: \_\_\_\_\_
- Nein, Datum negativer Test: \_\_\_\_\_

falls Nein

**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