

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, -diafiltration	<input type="checkbox"/>	Intermittierende Peritonealdialyse	<input type="checkbox"/>
		Limited-Care-Dialyse	<input type="checkbox"/>
		Zentrumsdialyse	<input type="checkbox"/>
Hämodialyse (HD, HF, HDF), -diafiltration	<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 ausfolgendem Grund nicht möglich: _____ | <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsfahrt ist aus folgendem Grund nicht möglich: _____ |

Ort, Datum

Unterschrift des Dialysepatienten

Unterschrift des Arztes