

Die vollständige und inhaltlich richtige Dokumentation als Beispiel mit Hilfe des Dokumentationsblattes

Herr Dr. XY wird gebeten, seine Dokumentation für das dem Patienten Max Mustermann im Mai 2018 verordnete Exelon 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster 30 Stück vorzulegen. Dazu verwendet er das beiliegende Dokumentationsblatt, welches Herr Dr. XY mit dem Aufforderungsschreiben zur Einsendung der Dokumentationen erhält.

Die Prüfdaten (Name, Sozialversicherungsnummer etc.) wurden bereits vom prüfenden Krankenversicherungsträger eingetragen.

Prüfdaten (vom prüfenden KV-Träger auszufüllen)

Patient/in (Name, SVNR)	Max Mustermann 1234050607
zuständiger KV-Träger	NÖGKK
Verordnungsmonat	Mai 2018
Medikament, Packungsgröße	Exelon 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster 30 ST
Packungsanzahl	1
Verordner/in (Name, VPNR)	Dr. XY 100000

Dr. XY befüllt die für die nachfolgende Kontrolle wichtigen Bestandteile und Informationen.

Dokumentation der Einhaltung der bestimmten Verwendung (von der geprüften Ärztin/vom geprüften Arzt auszufüllen: ersetzt die Übermittlung von Befunden, Rezeptkopien usw.)

Handelt es sich bei der in den Prüfdaten angegebenen Person um Ihre/n eigene/n Patientin/Patienten oder um einen Vertretungsfall?	eigene/r Patientin/Patient	<input checked="" type="checkbox"/>	Zutreffendes ankreuzen
	Vertretungsfall	<input type="checkbox"/>	
Liegt für die geprüfte Verordnung eine Bewilligung durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst vor?	ja	<input type="checkbox"/>	Zutreffendes ankreuzen
	nein	<input checked="" type="checkbox"/>	
Rezeptaussstellungsdatum (TT/MM/JJJJ) im geprüften Verordnungsmonat (siehe Prüfdaten)	16.5.2018		
Verordnungsrelevante Diagnose (Demenzform)	DAT		
Dosierung	Wochend alle 24h		
Fachgruppe der Ärztin/des Arztes, durch die/den die Diagnosestellung erfolgt ist	FA für Neurologie		
Ergebnis der letzten MMSE innerhalb von 6 Monaten vor dem Prüfzeitraum	MMSE 12/30		
Datum der letzten MMSE (MM/JJJJ) vor der geprüften Verordnung	12.3.2018		
Kombination mit anderen Antidementiva?	ja	<input type="checkbox"/>	Zutreffendes ankreuzen
	nein	<input checked="" type="checkbox"/>	
Betreuungsperson zur Sicherung der Einnahme vorhanden?	ja	<input checked="" type="checkbox"/>	Zutreffendes ankreuzen
	nein	<input type="checkbox"/>	
Therapie länger als 6 Monate?	ja	<input checked="" type="checkbox"/>	Zutreffendes ankreuzen
	nein	<input type="checkbox"/>	
Anmerkung	hat 24h Betreuung		

Nachdem Dr. XY alle erforderlichen Informationen hinzugefügt hat, bestätigt er abschließend die Vollständigkeit und Richtigkeit mit seiner Unterschrift.

Ich versichere, dass ich die obenstehenden Angaben zur Einhaltung der bestimmten Verwendung nach bestem Wissen und Gewissen vollständig und richtig gemacht habe.

1.9.2018
Datum

Dr. XY
Unterschrift

Die Retournierung des Dokumentationsblattes an den prüfenden KV-Träger **ersetzt** die bisherige Übermittlung von seitenlangen Befunden, Stellungnahmen, Rezeptkopien usw.!