

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 November 2019 verordnete Exelon 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster 30 Stück vorzulegen. Dazu verwendet er das beiliegende Dokumentationsblatt, welches Herr Dr. XY mit dem Anforderungsschreiben 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	ÖGK
Verordnungsmonat	November 2019
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 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"/>	
Eine vollständige Dokumentation ist nicht möglich, da die Erstellung durch die/den Vorgänger/in der Ordination erfolgt und trotz Bemühungen die fehlende(n) Information(en) uneinbringlich sind?	ja	<input type="checkbox"/>	Zutreffendes ankreuzen
	nein	<input checked="" type="checkbox"/>	
Rezeptausstellungsdatum (TT/MM/JJJJ) im geprüften Verordnungsmonat (siehe Prüfdaten)	19.11.2019		
Verordnungsrelevante Diagnose (Demenzform)	OAT		
Dosierung	Wochend alle 24h		
Fachgruppe der Ärztin/des Arztes, durch die/den die Diagnosesstellung 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	09/2019		
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 24-h-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.

1.2.2020

Datum

Unterschrift

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