

PFLEGEVERLAUFVERTRAG BEI CHRONISCHER NIERENINSUFFIZIENZ

Vignette der Krankenkasse des Patienten

VERPFLICHTUNGEN DES PATIENTEN

NAME DES PATIENTEN:

- Mein Hausarzt, den ich bitte, diesen Antrag dem Vertrauensarzt meiner Krankenkasse zukommen zu lassen, hat mir heute die Bedingungen für den Pflegeverlauf bei chronischer Niereninsuffizienz erklärt.
- Ich wurde von meinem Hausarzt darüber informiert, dass die Vorteile und das Gelingen des Pflegeverlaufs meiner aktiven Beteiligung am Pflegeplan unterliegen. Ich verpflichte mich, die praktische Organisation meines Pflegeplans mit meinem Hausarzt zu bestimmen.
- Mein Hausarzt hat mit mir die Behandlungsziele besprochen und wie ich sie erreichen soll, aufgrund der Informationen auf Seite 2 dieses Vertrags.
- Mein Hausarzt hat mir mitgeteilt dass er/sie die nachstehenden verschlüsselten mich betreffenden Daten : Geschlecht, Alter, Nierenbefund, arterieller Blutdruck und die Ergebnisse mancher Blutanalysen (Hämoglobin, Kreatinin, eGFR) zwecks einer wissenschaftlichen Bewertung und unter Befolgung der Regelung des Privatlebens dem Sciensano übermitteln wird

Datum und Unterschrift

Ich bitte meinen Hausarzt, der diesen Vertrag unterzeichnet, meine allgemeine medizinische Akte zu verwalten: er/sie soll dazu innerhalb von einem Jahr nach dem Anfang des Pflegeverlaufs, das Honorar anrechnen

VERPFLICHTUNGEN DES NEPHROLOGEN/INTERNISTEN

Ich stimme zu, mich an dem Pflegeverlauf dieses Patienten, der zur Zielgruppe gehört, zu beteiligen¹, insbesondere um:

- in gegenseitigem Einvernehmen den Hausarzt bei der Ausarbeitung, der Bewertung und der Anpassung eines individuellen Pflegeplans für den Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz zu unterstützen. Dies umfasst Zielsetzungen, eine geplante Betreuung, ärztliche Beratungen, heilhilfsberufliche Leistungen und technische Untersuchungen
- dem Hausarzt die Berichte meiner Beratungen und technischen Untersuchungen zu besorgen
- mit dem Hausarzt eine effektive Kommunikation zu beachten, entweder auf Verlangen des Hausarztes, oder anlässlich der Übertragung von klinischen oder biologischen Parametern.

Name + Stempel

Datum und Unterschrift

Kontonummer für die Zahlung des Pflegeverlaufhonorars

Facharzt : Inhaber :

Kontonummer :

Unternehmensnummer :

ODER

Krankenhaus :

Kontonummer :

Unternehmensnummer :

VERPFLICHTUNGEN DES HAUSARZTES

Ich stimme zu, mich an dem Pflegeverlauf dieses Patienten, der zur Zielgruppe ¹ gehört, zu beteiligen, insbesondere um:

- in gegenseitigem Einvernehmen mit dem Nephrologen, einen individuellen Pflegeplan auszuarbeiten, zu bewerten und anzupassen. Dies umfasst Zielsetzungen, eine geplante Betreuung, ärztliche Beratungen, heilhilfsberufliche Leistungen und technische Untersuchungen für den Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz
- dem Facharzt meine Beobachtungen und die Ergebnisse wichtiger Untersuchungen für die Betreuung des Patienten zu besorgen
- die medizinische Akte des Patienten zu benutzen
- dem Vertrauensarzt eine Abschrift dieses vollständig ausgefüllten Vertrags zu besorgen.

Name + Stempel

Datum und Unterschrift

Kontonummer für die Zahlung des Pflegeverlaufhonorars

Hausarzt :Inhaber :

Kontonummer :

Unternehmensnummer (ev) :

VERTRAUENSARZT DER KRANKENKASSE

Ich bestätige den Empfang dieses Vertrags gemäß den Vorschriften in Bezug auf den Pflegeverlauf bei chronischer Niereninsuffizienz, der ab dem (Datum Empfang des konformen Antrags).....bis zum.....gilt.

Name + Stempel

Datum und Unterschrift

¹Einschlusskriterien für einen Pflegeverlauf bei chronischer Niereninsuffizienz:

- eine folgendermassen definierte chronische Niereninsuffizienz erleiden:
 - o eine berechnete glomeruläre Filtrationsrate <45ml/Min./1,73m² laut der vereinfachten MDRD-Formel mindestens zweimal bestätigt mit einer Zwischenzeit von mindestens 3 Monaten und/oder
 - o eine Proteinurie von >1g/Tag mindestens zweimal bestätigt mit einer Zwischenzeit von mindestens 3 Monaten
- älter als 18 Jahre sein
- nicht dialysiert werden und nicht transplantiert worden sein
- sie müssen in der Lage sein, sich zu den Beratungen zu begeben, d.h. Nephrologen/Internisten in deren Praxis aufzusuchen.

PFLEGEVERLAUFVERTRAG FÜR CHRONISCHE NIERENINSUFFIZIENZ (Seite 2)

AUSKÜNFTEN ÜBER DIE VORGEHENSWEISE BEI CHRONISCHER NIERENINSUFFIZIENZ

ALLGEMEINES ZIEL

Eine gute Vorgehensweise bei Ihrer Nierenkrankheit sichert Ihnen ein längeres und gesünderes Leben. Diese Vorgehensweise kann die Entwicklung Ihrer Nierenkrankheit stark verlangsamen. Sie ermöglicht es auch das Funktionieren Ihrer Nieren so lange wie möglich zu bewahren und Ihr Risiko auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu senken.

IHRE PERSÖNLICHEN ZIELE

Ihre persönlichen Ziele sind der Leitfaden für die Vorgehensweise bei Ihrer Nierenkrankheit. Aufgrund der nachstehenden Ziele stellen Sie und Ihr Hausarzt einen konkreten Pflegeplan für Ihren Pflegeverlauf auf.

- **Gesunde Lebensweise**
 - Regelmäßig bewegen
 - Das Rauchen einstellen
 - Gesunde Ernährung
 - Gegebenenfalls abnehmen
 - Keine Arzneimittel verwenden (z.B. Schmerzmittel) ohne ärztliche Anweisung; sie können Ihren Nieren schaden

- **Überwachung und wenn nötig Behandlung mit Arzneimitteln von**
 - Blutzucker
 - Blutdruck
 - Cholesterin und Blutfett
 - Proteinurie: Eiweiß im Urin
 - Blutarmut
 - Dem Zustand Ihrer Knochen und Gelenke
 - Tabakkonsum: das Rauchen einstellen
 - Angepasste Diät: mit Hilfe eines erfahrenen Ernährungsberaters
 - Die verschriebenen Arzneimittel vorschriftsmäßig einnehmen

- **Blutkontrolle**
Ihr Facharzt und Ihr Hausarzt bestimmen die Frequenz der Blutkontrollen

- **Kontrolle: Früherkennung von Komplikationen in anderen Organen**

- **Impfungen: Grippen-, Hepatitis- und Pneumokokkenimpfung**