

## 1. Messung

☐ Interventionsmessung ☐ Nullwertmessung

Hinweis: Bitte geben Sie für den Behandlungsfall an, ob dieser für eine Nullwertmessung oder eine Interventionsmessung dokumentiert wird.

## 2. Qualitätsvertrag-Kennzeichnung

Format: QV-XX-00000-0000

QV -   -      -

Hinweis: Es ist die Qualitätsvertrag-Kennzeichnung anzugeben, die das IQTIG vergeben hat.

## 3. Institutionskennzeichen (Leistungserbringer)

nach ARGE-IK

## 4. Pseudonym

Hinweis: Die Pseudonyme werden mithilfe der entsprechenden Falllisten zugeordnet.

## 5. Geburtsdatum

Format: TT.MM.JJJJ

.   .

## 6. Geschlecht

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐ unbestimmt

## 7. Institutionskennzeichen der Krankenkasse gemäß Projektplan

nach ARGE-IK

## 8. Postleitzahl (PLZ) des entlassenden Standorts

--	--	--	--	--	--	--	--	--

\_\_\_\_\_

[illegible]

			.		
--	--	--	---	--	--

[illegible]

--

--	--	--	--	--	--

Seite 2 von 4

# Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit

Fallbezogene (F) Leistungserbringerdokumentation (LE)

16. Wurde die Patientin/der Patient nach ihrem/seinem Rauchstatus befragt?

☐ ja

☐ nein

☐ keine Auskunft möglich  
(bspw. aufgrund des Zustands der Patientin/des Patienten)

17. Bezeichnet sich die Patientin/der Patient selbst gegenwärtig als ständiger oder gelegentlicher Raucher?

☐ ja

☐ nein

☐ Patientin/Patient hat keine Auskunft gegeben

*Hinweis: Neben dem Konsum von Zigaretten sind bspw. auch E-Zigaretten, Wasserpfeifen, etc. einbezogen.*

18. Wurde eine weiterführende Rauchanamnese (mittels Fagerströmtest) zum Rauchstopp durchgeführt?

☐ ja

☐ nein

19. Wurde der Fagerströmtest durch die Patientin/den Patienten abgelehnt?

☐ ja

☐ nein

20. Wurde der Fagerströmtest durchgeführt, bevor der Patientin/dem Patienten eine Patientenberatung angeboten wurde?

☐ ja

☐ nein

21. Wurde der Patientin/dem Patienten eine Patientenberatung zur Tabakentwöhnung angeboten?

☐ ja

☐ nein

**22. Hat die Patientin/der Patient eine stationäre Tabakentwöhnung begonnen?**

☐ ja

☐ nein

**23. Erfolgte bei der Patientin/dem Patient eine Anmeldung zu einer poststationären Tabakentwöhnung?**

☐ ja

☐ nein

*Hinweis: Es handelt sich bei einer poststationären Tabakentwöhnung um eine dokumentierte Anmeldung zu einem ambulanten, von den Krankenkassen anerkannten Tabakentwöhnungsprogramm oder bei einer Rehabilitationseinrichtung, die eine Tabakentwöhnung anbietet oder zu einem Internet- oder Telefonangebot zur Tabakentwöhnung.*

**24. Bitte geben Sie das Datum der Anmeldung zur poststationären Tabakentwöhnung an.**

Format: TT.MM.JJJJ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nicht zur Dokumentation verwendbar