

# Antrag auf Durchführung einer Apheresebehandlung bei rheumatoider Arthritis

(entspr. der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung Anlage 1 Nr. 1 „Ambulante Durchführung der Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren“ in der Fassung vom 17. Januar 2006)

1. Indikationsstellender Arzt: .....  
(Arztstempel)

2. Apherese durchführender Arzt: .....  
(Arztstempel)

### 3. Patientendaten:

Pseudonym des Patienten: .....

Geburtsjahr: ..... Geschlecht: ..... Vers.-Nr.: .....

Krankenkasse des Patienten: .....  
(Anschrift)

### 4. Diagnostische Abklärung

4.1. Ist die **Diagnose der rheumatoiden Arthritis** nach den 1987 revidierten ARA-Kriterien gesichert?

ja

nein

4.2. Liegt eine der nachfolgend genannten **Kontraindikationen** für das Aphereseverfahren vor?

ja

nein

Art der Kontraindikation (bitte ankreuzen)

- Schwangerschaft/Stillzeit/unzureichende Antikonzeption
- Manifeste Herzinsuffizienz in den Stadien NYHA III und IV
- Instabile Angina pectoris
- Hämorrhagische Diathese
- Thrombozytopenie mit Werten < 100 Gpt/l
- Leukopenie mit Werten < 2,0 Gpt/l
- Anämie mit Werten < 9 mg/dl
- Behandlung mit ACE-Inhibitoren oder AT1-Rezeptor-Antagonisten  
(ggf. Umstellung auf ein anderes Präparat 5 Tage vor Therapiebeginn )
- Verdacht auf heparininduzierte Thrombozytopenie bei Antikoagulation mit Heparin
- Schwere allergische Reaktionen während oder nach der Immunadsorptionsbehandlung

4.3. Auflistung der bisherigen antirheumatischen Basistherapien sowie Therapien mit Biologicals (Therapiezeitraum; Wirkstoff; Applikationsform wie oral, i.v., i.m., s.c.; Dosierung; Benennung der Komedikation mit Cortison/einschl. Dosierung; Abbruchgrund):

.....  
.....

## 5. Untersuchungsergebnisse

### 5.1 Allgemeinstatus

.....  
.....  
.....  
.....

### 5.2 Status Bewegungsapparat (einschl. Lokalisation und Anzahl geschwollener und druck-schmerzhafter Gelenke)

.....  
.....  
.....

### 5.3 Laborwerte:

BSG		CRP quantitativ	
-----	--	--------------------	--

### 5.4 Röntgenbefund Hände und Vorfüße (aus letzten 3 Monaten)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### 5.5 DAS 28:

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel und Unterschrift  
indikationsstellender Arzt

---

## Begutachtung der Kommission

- Gegen die Durchführung der Apherese-Behandlung bei rheumatoider Arthritis bestehen keine Bedenken.
- Die Durchführung der Apherese-Behandlung bei rheumatoider Arthritis wird aus folgenden Gründen nicht empfohlen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
Ort, Datum:

.....  
Unterschrift Kommission

## **Einverständniserklärung**

gemäß § 6 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung Anlage I Nr. 1. „Ambulante Durchführung der Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren“ in der Fassung vom 17. Januar 2006.

Hiermit erkläre ich, dass mein Patient damit einverstanden ist, dass diese unkenntlich gemachten Unterlagen zur Beratung der Kommission über die Indikationsstellung zur Apherese der KV Sachsen zur Verfügung gestellt werden. Mein Patient ist ebenso damit einverstanden, dass für ihn ein Pseudonym vergeben wird und dieses mit seinem Namen an die entsprechende Krankenkasse übermittelt wird.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des indikationsstellenden Arztes