

Antrag auf Verlängerung einer LDL-Elimination

(gemäß der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung Anlage 1, Nr. 1 „Ambulante Durchführung der Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren“)

1. Indikationsstellender Arzt:
(Arztstempel)

.....
.....

2. LDL-Apherese durchführender Arzt:
(Arztstempel)

.....
.....

3. Patientendaten:

Pseudonym des Patienten:

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

Aktuelle Krankenkasse des Patienten:

4. Indikation:

familiäre Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung

schwere Hypercholesterinämie, bei der grundsätzlich mit einer über zwölf Monate dokumentierten maximalen diätetischen und medikamentösen Therapie das LDL-Cholesterin nicht ausreichend gesenkt werden kann.

isolierte Lp(a)-Erhöhung, bei der das Lp(a) über 60 mg/dl und das LDL-Cholesterin im Normbereich liegt sowie gleichzeitig eine klinisch und durch bildgebende Verfahren dokumentierte progrediente kardiovaskuläre Erkrankung besteht (koronare Herzerkrankung, periphere arterielle Verschlusskrankheit oder zerebrovaskuläre Erkrankung).

5. Anamnese:

Hinweis: Der Antrag ist vollständig auszufüllen

Beginn Apheresetherapie:

Gewicht (kg): **Größe (cm):** **BMI:**

6. Indikationsbegründende Diagnosen: (lipidologisch, kardiologisch, angiologisch)

Bitte nicht nur auf Anlagen verweisen.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Weitere relevante Diagnosen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Erfolgte Interventionen: (Bypass, PTCA, Stent) Bitte nicht nur auf Anlage verweisen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Angaben zur Behandlung

Behandlungsfrequenz:

Behandlungsverfahren:

Tab. 1: Lipidparameter

Aus der Tabelle der Lipidparameter sollte der **zeitliche Verlauf** im Zusammenhang mit den therapeutischen Maßnahmen ersichtlich sein.

Quartal/Jahr	Zeitlicher Verlauf									
	vor Ther.	nach Ther.	vor Ther.	nach Ther.	vor Ther.	nach Ther.	vor Ther.	nach Ther.	vor Ther.	nach Ther.
Einheit										
ges. Chol.										
TG ges.										
HDL-Chol.										
LDL-Chol.										
Fibrinogen										
Lp (a)										

Tab. 2: Aktuelle vollständige Medikation

Hier sollten alle Medikamente aufgeführt werden, insbesondere auch die Antihypertensiva und Antidiabetika.

Medikament	Dosierung	Behandlungsdauer

10. Beigefügte Unterlagen:

Folgende ergänzende Beurteilungen durch andere Fachärzte sind dem Antrag in Kopie beigefügt:

1. Kardiologische Beurteilung Ja Nein

ODER

2. Angiologische Beurteilung Ja Nein

Hinweise: Die ergänzenden Beurteilungen dürfen nicht durch den Arzt erfolgen, an den bei bestätigter Indikation zur Durchführung der Apherese überwiesen wird.

Die Zustimmung durch den Kardiologen oder Angiologen kann auch durch Unterschrift (Punkt 11) erfolgen.

11. Richtigkeit der Angaben:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben und erkläre, 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.

Für die Indikationsstellung verantwortlicher Arzt

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des indikationsstellenden Arztes