

Antrag auf Durchführung 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. Risikofaktoren:

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

- **Raucher:** nein ja: Zigaretten pro Tag

Ex-Raucher seit:

- **Bluthochdruck:** nein ja

Bekannt seit:

- **Aktueller RR:**

mittlerer RR/24h Blutdruckmessung (falls vorhanden):.....

Therapie:

- **Diabetes mellitus:** nein ja

bekannt seit: HbA1c-Wert:

EBT OAD insulinpflichtig Sonstiges:

- Schilddrüsenfunktionsstörung:

nein ja TSH-Wert Normbereich Datum

- Niereninsuffizienz:

nein ja Kreatininwert Normbereich Datum.....

- Proteinurie:

nein ja Wert: Normbereich Datum.....

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

Bitte nicht nur auf Anlagen verweisen.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bei Indikation Isolierte Lp(a)-Erhöhung:

Seit wann liegen die LDL-Werte im therapeutischen Zielbereich?
(therapeutischer Zielbereich: nach Apherese-Standard 2,6 mmol/l)

Ist es seit der Einstellung der LDL-Werte im therapeutischen Zielbereich zu einer klinisch oder durch bildgebende Verfahren dokumentierten Verschlechterung der Erkrankung gekommen?

Ja Nein

Falls ja, bitte in der Anlage dokumentieren.

7. Weitere relevante Diagnosen:

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

8. Familienanamnese – ggf. familiäre Vorbelastung welcher Art:

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

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

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

10. Weitere Maßnahmen (Diätmaßnahmen, Sport, u.ä.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

11. Lipidparameter

Aus der Tabelle der Lipidparameter sollte der **zeitliche Verlauf** im Zusammenhang mit den therapeutischen Maßnahmen ersichtlich sein. **Eine ausgeschöpfte konservative Therapie von mindestens 12 Monaten bei Antragstellung ist entsprechend der Richtlinien erforderlich. Originallaborwerte sind beizufügen.**

	Zeitlicher Verlauf				
Datum der Blutentnahme					
Einheit					
Medikament und Dosis					
Chol. ges.					
TG ges.					
HDL-Chol.					
LDL-Chol.					
Fibrinogen					
Lp (a)					

12. Aktuelle vollständige Medikation

Hier sollten alle Medikamente aufgeführt werden. Insbesondere auch die Antihypertensiva und Antidiabetika. Art und Dauer der lipidsenkenden Therapie sollte hingegen in der Tabelle der Laborwerte vermerkt werden.

Medikament	Dosierung	Behandlungsdauer

13. Nebenwirkungen der lipidsenkenden Medikation:

nein

ja,

Bezeichnung Medikament und Nebenwirkung/en:

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

Unerwünschte Arzneimittelwirkung belegt durch UAW-Meldung oder Meldung an BfArM:

Ja Nein

Falls ja, bitte Kopie der UAW-Meldung beifügen.

14. Angaben zur geplanten Behandlung

Behandlungsverfahren:
.....

15. Beigefügte Unterlagen:

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

1. Kardiologische Beurteilung Ja Nein

bzw.

Angiologische Beurteilung Ja Nein

UND

2. Lipidologische Beurteilung Ja Nein

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

16. Zusammenfassende Risikobeurteilung:

Die Risikobeurteilung sollte sowohl das Gesamtrisiko als auch das allein von der Hyperlipidämie ausgehende Risiko des Patienten berücksichtigen. Die entscheidende Frage ist, in welchem Umfang sich die durch die LDL-Apheresetherapie zu erwartende Risikoreduktion auf das Gesamtrisiko auswirkt.

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

17. 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