

# Antrag auf Wiederholung einer Apheresebehandlung bei rheumatoider Arthritis

(entspr. § 7 der Richtlinie zur ambulanten Durchführung der Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren vom 24. März 2003 gemäß Nr. 1 der Anlage 1 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)

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

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

**3. Patientendaten:** .....  
(Name/Anschrift )

**Geb.-Datum:** ..... **Vers.-Nr.:** .....

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

## 4. Bisher durchgeführte Apheresen

Anzahl: ..... Datum letzte Behandlung. ....

## 5. Untersuchungsergebnisse zum Zeitpunkt des Abschlusses der zuletzt durchgeführten Apheresebehandlung

### 5.1 Allgemeinstatus

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

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

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

### 5.3 Laborwerte:

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

5.4 DAS 28:

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

**6. Untersuchungsergebnisse zum Zeitpunkt der Wiederantragstellung**

6.1 Allgemeinstatus

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

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

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

6.3 Laborwerte:

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

6.4 DAS 28:

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

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel und Unterschrift  
indikationsstellender Arzt

---

## Begutachtung der Kommission

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
Ort, Datum:

.....  
Unterschrift Kommission