

Antrag auf Wiederholung 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. 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

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