

Antrag auf Durchführung einer LDL-Elimination

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

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

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

3. Patientendaten:

Pseudonym des Patienten:

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

Aktuelle Krankenkasse des Patienten (vollständige Anschrift):

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

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, ein Verweis auf beigelegte Anlagen ist nicht ausreichend.

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

Risikofaktoren

- Raucher: nein ja:Zigaretten pack/years

Ex-Raucher seit:

- Bluthochdruck: nein ja

Bekannt seit:

- Aktueller RR:

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

Therapie:

- Diabetes mellitus:

nein ja

bekannt seit:

EBT OAD insulinpflichtig sonstiges

- Schilddrüsenfunktionsstörung:

nein ja TSH-Wert IU/ml Normbereich Datum

- Niereninsuffizienz:

nein ja Kreatininwert mg/dl Normbereich Datum

- Proteinurie:

nein ja Wert: mg/Tag Normbereich Datum

Weitere relevante Diagnosen:

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

Familienanamnese – ggf. familiäre Vorbelastung welcher Art:

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

Durchgeführte Behandlungen/Maßnahmen:

allgemeine Maßnahmen (Diät/Gewichtsverhalten u. a.):

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

KHK/Gefäßkrankungen:

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

Kardiolog./ Angiologische Abklärung (Befunde bitte beilegen)

EKG/ Belastungs-EKG (ggf. Befundbeilage)

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

Angiol. Befundung (Gefäßsonographie/ LZ-EKG/ Echokardiographie/ Koronarangiographie):

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

Internistisch-lipidologische Abklärung

Angaben zur geplanten Behandlung

Behandlungsverfahren:.....

Tab. 1: 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.**

	Zeitlicher Verlauf				
Datum der Blutentnahme					
Einheit					
Medikament und Dosis					
Chol. ges.					
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. Art und Dauer der lipidsenkenden Therapie sollte hingegen in der Tabelle der Laborwerte vermerkt werden.

Medikament	Dosierung	Behandlungsdauer

Nebenwirkungen der lipidsenkenden Medikation:

nein

ja,

Bezeichnung Medikament und Nebenwirkung/en:

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

Unterwünschte Arzneimittelwirkung ggf. belegt durch UAW-Meldung oder Meldung an BfArM:

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

Lipidologische Gesamtbeurteilung:

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

Für lipidologische Abklärung verantwortlicher Arzt:
(Name, Anschrift, Stempel)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Arztes

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.

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

Bestätigung der Richtigkeit der Angaben:

Für die Indikationsstellung verantwortlicher Arzt (≠ Apherese durchführender Arzt)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des indikationsstellenden Arztes

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