



## Antrag auf Verlängerung 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, ergänzende medizinische Befundunterlagen sind nicht zwingend beizufügen.

**Beginn Apheresetherapie:** .....

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

**Angaben zum Verlauf der Gefäßerkrankung:**

.....

.....

.....

.....

.....

**Familienanamnese – ggf. familiäre Vorbelastung welcher Art:**

.....

.....

.....

.....

**Internistisch-lipidologische Abklärung**

**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

**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