

Arztstempel



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Bitte zurücksenden an:

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Hauptabteilung Versorgungsqualität und Patientensicherheit
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

ERSTANTRAG

Anlage zur Indikationsstellung zur ambulanten Durchführung von

- LDL-Apheresen*
- Lp(a)-Apheresen*
- Immunapheresen bei rheumatoider Arthritis*

* Zutreffendes bitte ankreuzen

Pseudonym: _____

Krankenkasse:

Kardiovaskuläre Risikofaktoren

männlich weiblich Alter:

Größe in cm: Gewicht in kg: BMI:

arterielle Hypertonieerkrankung: Ja , seit Nein

Blutdruck:mm/Hg

Raucher: Ja: Ex-Nikotinkonsum seit:
Nein:

Diabetes mellitus: Ja , seit: Typ 1 Typ 2
HbA_{1c}:% Verlauf:.....
Nein:

Niereninsuffizienz: Ja K/DOQI-Stadium:
Crea-Clearance (GFR):
Nein:

Familiäre Vorbelastung?:
.....
.....

familiäre Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung: Ja Nein

**LDL-Hypercholesterinämie oder
LDL medikamentös nicht in den Zielbereich einstellbar:** Ja Nein

isolierte Lp(a)-Erhöhung mit Lp(a) > 60 mg/dl: Ja Nein

Atherosklerosemanifestationen

Koronarien: Ja Nein

Ereignisse im letzten Jahr:
.....

Progrediente KHK: Ja Nein

Myokardinfarkt in der Anamnese: Ja Nein

Koronarbefund:
.....

PTCA: Ja , wann: Nein

Stent: Ja , wann: Nein

Bypass: Ja , wann: Nein

Herztransplantation: Ja , wann: Nein

Carotisgefäße: Ja Nein

Ereignisse im letzten Jahr:
Erläuterungen (z. B. Stenosen, Interventionen, Operationen):
.....

Bauchaorta / Nierenarterien: Ja Nein

Ereignisse im letzten Jahr:
Erläuterungen (z. B. Sklerose, Aneurysma, Stenosen):
.....

Becken- / Bein Gefäße: Ja Nein

Ereignisse im letzten Jahr:
Erläuterungen (z. B. Stenosen, Fontaine-Stadium, Interventionen):
.....

Indikation zur Apherese: (Zusammenfassung therapierelevanter Diagnosen)

.....

Bei Indikation: Isolierte Lp(a)-Erhöhung:

Seit wann liegen die LDL-Werte im therapeutischen Zielbereich?

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

Laborwerte

ohne Therapie - Abnahmedatum:

Chol. ges.	mmol/l
LDL – Chol.	mmol/l
HDL – Chol.	mmol/l
Triglyceride	mmol/l
Lp(a)	mg/dl

unter lipidsenkender medikamentöser Behandlung - Abnahmedatum:

Chol. ges.	mmol/l	Art der Medikation:	seit wann:	Dosierung
LDL – Chol.	mmol/l			
HDL – Chol.	mmol/l			
Triglyceride	mmol/l			
Lp(a)	mg/dl			
	nmol/l			

Aktuelle lipidsenkende Medikation:

Stoffgruppe	Substanz / Dosis	Begründung
Statin	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ezetimib	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Fibrat	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ionenaustauscher	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bempedoinsäure	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
PCSK-9 Hemmer	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Inclisiran	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Falls Unverträglichkeit von medikamentöser Therapie:

Medikation	Dosierung	Symptomatik

Falls unerwünschte Arzneimittelwirkungen auftreten, die zu einer Änderung oder einem Absetzen der jeweiligen medikamentösen Therapie geführt haben, ist eine **UAW-Meldung** an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft oder an das **BfArM** erforderlich.

UAW-Meldung ist erfolgt und dokumentiert: Ja Nein

Falls ja, bitte Kopie der UAW-Meldung als Anlage beifügen)

Bemerkungen:

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

Ich versichere die Richtigkeit und die Vollständigkeit der hier gemachten Angaben:

.....

Ort, Datum, Unterschrift des den Antrag stellenden Arztes

Anlagen:

- Befunde des bestimmenden Labors im Original vom
- Lipidologisches Gutachten vom
- Kardiologische und/oder angiologische Befunde vom
- Bei Arzneimittelunverträglichkeit: Kopie der „UAW-Meldung“ vom
- Patienteneinwilligung vom