

Arztstempel

Bitte zurücksenden an:

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

FOLGEANTRAG

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 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

kardiovaskuläre Ereignisse Ja Nein

bzw. Änderungen der ausschlaggebenden Indikation im letzten Jahr:

.....

.....

.....

.....

Indikation zur Apherese: (Zusammenfassung therapierelevanter Diagnosen)

.....

.....

.....

Laborwerte

Fettstoffwechsel		Laborwerteübersicht							
		Abnahmedatum:		Abnahmedatum:		Abnahmedatum:		Abnahmedatum:	
		vor Apherese	nach Apherese	vor Apherese	nach Apherese	vor Apherese	nach Apherese	vor Apherese	nach Apherese
Chol. ges.	mmol/l								
LDL – Chol.	mmol/l								
HDL – Chol.	mmol/l								
Triglyceride	mmol/l								
Lp(a)	mg/dl								
	nmol/l								

(Bitte Befunde beifügen)

LDL/Lp(a)-Reduktionsrate = $\frac{C_{max} - C_{min}}{C_{max}}$

LDL-Reduktionsrate⁺ %

Lp(a)-Reduktionsrate⁺ %

Behandlungsfrequenz:

- 1 x pro Woche
- 1 x in 2 Wochen
- 1 x in 3 Wochen
- 3 x in 2 Wochen

Chron. intermittierende Apheresebehandlung seit:

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)

Stellungnahme zur Empfehlung der Qualitätssicherungskommission vom Vorjahr:

.....

.....

.....

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
- ggf. aktuelle kardiologische und/oder angiologische Befunde vom
- Bei Arzneimittelunverträglichkeit: Kopie der „UAW-Meldung“ vom
- Patienteneinwilligung vom