
Patienten-Pseudonym

Arztstempel und Unterschrift des indikationsstellenden Arztes

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

Indikationsstellung zur ambulanten Durchführung von

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

* Zutreffendes bitte ankreuzen

entsprechend Anlage I Nr. 1. Ambulante Durchführung der Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren“ zu der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVB-RL^{*)})

PATIENTENERKLÄRUNG

Mir ist bekannt, dass

- die Durchführung der LDL-/Lp(a)-Apheresen oder Immunapheresen bei rheumatoider Arthritis erst dann zulässig ist, wenn meine leistungspflichtige Krankenkasse mir einen Leistungsbescheid erteilt hat.
- der Leistungsbescheid für LDL-/Lp(a)-Apheresen jeweils nur befristet auf ein Jahr bzw. für Immunapheresen bei rheumatoider Arthritis jeweils nur befristet auf einen Behandlungszyklus (max. 12 Immunapheresen) erteilt werden kann.
- vor Erteilung des Leistungsbescheides die fachkundige Kommission bei der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen über die Indikationsstellung zur o. g. Behandlung beraten muss.

Ich bin einverstanden, dass der indikationsstellende Arzt zu diesem Zwecke nachfolgende Unterlagen an die fachkundige Kommission weiterreicht:

- eine schriftliche Begründung der Indikation bzw. deren Fortdauern und
 - für die LDL-/Lp(a)-Apherese: eine ergänzende kardiologische bzw. angiologische und lipidologische Beurteilung bzw.
 - für die Immunapherese bei rheumatoider Arthritis: eine ergänzende medizinische Beurteilung eines Internisten oder Orthopäden mit der Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie

Sofern ich mein schriftliches Einverständnis nicht erkläre, kann meine leistungspflichtige Krankenkasse den Leistungsbescheid nicht erteilen, d. h., sie übernimmt nicht die Kosten für die Durchführung der Behandlung.

Ich bin damit einverstanden, dass der mich behandelnde Arzt meine Patientenunterlagen bis auf mein Geburtsjahr und mein Geschlecht unkenntlich macht und diese unter Verwendung eines Pseudonyms zur Prüfung durch die Qualitätssicherungskommission Apherese an die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen und die leistungspflichtige Krankenkasse übermittelt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten

*) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)

ZUSTÄNDIGE KRANKENKASSE DES PATIENTEN

(Bitte auswählen oder unten gesondert angeben!)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> AOK PLUS Sachsen/Thüringen | <input type="checkbox"/> BARMER |
| <input type="checkbox"/> DAK Gesundheit | <input type="checkbox"/> Kaufmännische Krankenkasse |
| <input type="checkbox"/> KNAPPSCHAFT | <input type="checkbox"/> Techniker Krankenkasse |
| <input type="checkbox"/> IKK classic | |

ANDERE KRANKENKASSE

(Bitte vollständige Anschrift angeben!)

.....

.....

.....

EMPFEHLUNG DER FACHKUNDIGEN KOMMISSION

Der fachkundigen Kommission der KVT haben alle gemäß §§ 3 und 4 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL^{*)} über die ambulante Durchführung der Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren gefordert, umseitig genannten personenbezogenen Angaben zum Patienten vorgelegt.

Nach Prüfung der Indikationsstellung wird die ambulante Durchführung der

- LDL-Apherese*
- Lp(a)-Apherese*
- Immunapherese bei rheumatoider Arthritis*

empfohlen.
nicht empfohlen.

.....
Ort, Datum

.....
Für die fachkundige Kommission

*) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)