

Arztstempel



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Bitte zurücksenden an:

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Qualitätssicherung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

ANLAGE zur Indikationsstellung zur ambulanten Durchführung von

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

- Erstantrag***
- Folgeantrag***

* Zutreffendes bitte ankreuzen

Pseudonym: _____

Krankenkasse:

Kardiovaskuläre Risikofaktoren

männlich weiblich

Alter:

Größe in cm:

Gewicht in kg:

BMI:

Bauchumfang:

Taillenumfang:

arterielle Hypertonieerkrankung: Ja , seit Nein

Blutdruck:/.....mm/Hg

Raucher: Ja: , wie viel pro Tag:

Nein:

Ex-Nikotinkonsum: Ja: , seit:

Nein:

Diabetes mellitus: Ja , seit:

Nein:

Falls ja, Typ 1 Typ 2

HbA_{1c}:%
(mit Verlauf)

Niereninsuffizienz: Ja Nein

Falls ja, K/DOQI-Stadium: MDRD-Clearance:

KT/V:

Calcium-Phosphat-Produkt:[mmol/l]²

Nierentransplantation: Ja , wann: Nein

Familiäre Vorbelastung?:
.....
.....

familiäre Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung: Ja Nein

schwere Hypercholesterinämie: Ja Nein

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

Sekundäre Dyslipoproteinämien

Erläuterungen:

Endokrinologische Erkrankung: Ja Nein

Nephrotisches Syndrom: Ja Nein

Lebererkrankung: Ja Nein

andere Erkrankungen:

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
AP-Symptomatik (aktuell): Ja stabil instabil 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- / Beingefäße: 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

beim Erstantrag

ohne Therapie

Abnahmedatum:

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

(Bitte Befunde beifügen)

unter lipidsenkender medikamentöser Behandlung

Abnahmedatum:

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

Art der Medikation:	seit wann:	Dosierung

(Bitte Befunde beifügen)

beim Folgeantrag

Fettstoffwechsel	Laborwerteübersicht								
		Abnahmedatum: _____		Abnahmedatum: _____		Abnahmedatum: _____		Abnahmedatum: _____	
			vor Apherese	nach Apherese	vor Apherese	nach Apherese	vor Apherese	nach Apherese	vor Apherese
Chol. ges.	mmol/l								
LDL – Chol.	mmol/l								
HDL – Chol.	mmol/l								
Triglyceride	mmol/l								
Lp(a)	mg/dl								
	nmol/l								
Fibrinogen	g/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"/>
PCSK-9 Hemmer	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)

Geplantes Aphereseverfahren:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> DALI-Verfahren | <input type="checkbox"/> Detransulfat-Cellulose-Adsorption |
| <input type="checkbox"/> H.E.L.P.-Apherese | <input type="checkbox"/> Immunadsorption |
| <input type="checkbox"/> Lipidfiltration(DFPP) | <input type="checkbox"/> Lipidfiltration (MONET) |

Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

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

.....

Ort, Datum, Unterschrift des antragstellenden Arztes

Anlagen:

beim Erstantrag

- Originalbefunde des bestimmenden Labors vom
- Unabhängige lipidologische Beurteilung vom
- Unabhängige kardiologische Beurteilung vom
 - ggf. Herzkatheterbericht vom
 - ggf. Angiographiebericht vom
- Bei Arzneimittelunverträglichkeit: Kopie der „UAW-Meldung“ vom
- Patienteneinwilligung vom
- Ernährungsberatung vom
(obligat bei Erstantrag mit BMI > 30 kg/m²)

beim Folgeantrag

- Originalbefunde des bestimmenden Labors vom
- Unabhängige kardiologische Beurteilung vom
 - ggf. Herzkatheterbericht vom
 - ggf. Angiographiebericht vom
- Bei Arzneimittelunverträglichkeit: Kopie der „UAW-Meldung“ vom
- Patienteneinwilligung vom
- Ernährungsberatung vom
(nur bei Gewichtszunahme und / oder BMI > 30 kg/m²)