

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 HbA₁C: %
(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- / Beinengefäße: 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 | Art der Medikation: | seit wann: | Dosierung |
| LDL – Chol. | mmol/l | | | |
| HDL – Chol. | mmol/l | | | |
| Triglyceride | mmol/l | | | |
| Lp(a) | mg/dl | | | |
| | nmol/l | | | |
| Fibrinogen | g/l | | | |

(Bitte Befunde beifügen)

beim Folgeantrag

| Fettstoffwechsel | Laborwerteübersicht | | | | | | | | | |
|------------------|---------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--|
| | | Abnahmedatum: | | Abnahmedatum: | | Abnahmedatum: | | Abnahmedatum: | | |
| | | 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 | | | | | | | | | |
| Fibrinogen | g/l | | | | | | | | | |

(Bitte Befunde beifügen)

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

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)