

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	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:

☐ DALI-Verfahren

☐ Detransulfat-Cellulose-Adsorption

☐ H.E.L.P.-Apherese

☐ Immunadsorption

☐ Lipidfiltration(DFPP)

☐ 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)