



## Compliance des Patienten

	Gewicht in kg	Körpergröße in cm	BMI in kg/m <sup>2</sup>
aktuell			
vor 12 Monaten			

### Diät-Beratung?

Wann?

---

Durch wen?

---

Welche diätetischen Maßnahmen wurden durch den Patienten umgesetzt?

---

In welchem Zeitraum?

---

## Risikoprofil des Patienten

### Arterielle Hypertonie?

Ja

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum der Erstdiagnose (ED)

Nein

### Diabetes mellitus?

Ja

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum der Erstdiagnose (ED)

Nein

HbA1C: \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

### Nikotinabusus?

Ja

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Seit wann? Datum

Nie

Beendet

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Seit wann? Datum

**Regelmäßige körperliche Aktivität?** (z. B. Herzsportgruppe, Joggen, Spazierengehen)

Ja      Was?

\_\_\_\_\_  
Seit wann?

\_\_\_\_\_  
Wie häufig?

Nein      Warum nicht?

\_\_\_\_\_

Familiäre Belastung?     Ja     Nein

Hypercholesterinämie? Kardiovaskuläres Ereignis? In welchem Lebensalter?

Vater:  
\_\_\_\_\_

Mutter:  
\_\_\_\_\_

Geschwister:  
\_\_\_\_\_

Kinder:  
\_\_\_\_\_

Andere Verwandte:  
\_\_\_\_\_

**Chronische Niereninsuffizienz?**

Ja

▮▮▮▮▮▮▮▮  
Datum der Erstdiagnose (ED)

Nein

Aktuelles Kreatinin i. S.: \_\_\_\_\_

▮▮▮▮▮▮▮▮  
Datum

**Begleiterkrankungen des Patienten**

Hyperthyreose?     Ja     Nein

Hypothyreose?     Ja     Nein

Lebererkrankung?     Ja     Nein

## Eigenanamnese des Patienten

**Obligat: Anlage der Krankenhaus-/Facharztberichte der vergangenen 18 Monate und weiterer relevanter Berichte in Kopie**

Kardiovaskuläre Erkrankungen (KHK, pAVK, cerebral)	
Ereignisse / Interventionen? (z. B. Infarkt, Bypass, PTCA PTA, Stent; Schlaganfall, Amputation?)	Wann?

Weitere Erkrankungen?

---

---

## Phänotypische Merkmale

Xanthome     Ja     Nein

Xanthelasmen     Ja     Nein

Arcus lipoides     Ja     Nein

## Verlauf der Lipidwerte des Patienten

Obligat:

Anlage der Laborberichte in Kopie, für Lp(a) von mind. drei Original-Laborberichten.

Die LDL-Werte sind insgesamt im Original einzureichen.

Labor	Erstdiagnose	Kontrolle	Kontrolle vor ca. 12 Monaten	Kontrolle vor ca. 6 Monaten	Aktuell
Datum					
Gesamtcholesterin (mg/dl)					
Triglyzeride (mg/dl)					
HDL-Cholesterin (mg/dl)					
LDL-Cholesterin (mg/dl)					
Lp (a) mit Angabe der Maßeinheit					
Kreatinin (mg/dl)					

## Bisher durchgeführte medikamentöse Therapie

Statine							
Präparat	Dosis	von	bis	Labordatum	Chol.	LDL	Lp(a)
<b>Ezetimib</b>	<b>Dosis</b>	<b>von</b>	<b>bis</b>	<b>Labordatum</b>	<b>Chol.</b>	<b>LDL</b>	<b>Lp(a)</b>
PCSK9-Hemmer (Alirocumab, Evolocumab)							
Präparat	Dosis	von	bis	Labordatum	Chol.	LDL	Lp(a)
Sonstige (z. B. Fibrate, Ionenaustauscherharze)							
Präparat	Dosis	von	bis	Labordatum	Chol.	LDL	Lp(a)

## Lipidsenkende Arzneimittel: Unverträglichkeiten? Kontraindikationen?

Präparat	Dosis	Wann?	Was?	UAW-Meldung?

### Bei isolierter Lp(a)-Erhöhung

Dokumentation der Progredienz der kardiovaskulären Erkrankung (klinische Befunde, Bildgebung):

**Obligat: Anlage relevanter Berichte in Kopie**

---

---

### Unabhängige angiologische bzw. kardiologische Beurteilung der Apherese-Indikation

**Obligat: Anlage relevanter Berichte in Kopie**

Wann?

---

Durch wen?

---

### Unabhängige lipidologische Beurteilung der Apherese-Indikation

**Obligat: Anlage relevanter Berichte in Kopie**

Wann?

---

Durch wen?

---

## Angaben zum geplanten Apherese-Verfahren

Welches Verfahren (z. B. HELP, DALI, Filtration)?

---

Vorgesehenes Behandlungsintervall  Tage

Geplanter Gefäßzugang (nativ? Shunt? Katheter?):

---

Bereits durchgeführte bzw. unterbrochene Apheresebehandlung (Begründung)?

---

---

## Erläuterungen und Anmerkungen:

---

---

---

Hiermit bestätige ich, dass eine schriftliche Einwilligung des Patienten zur Vorlage der bis auf Geburtsjahr und Geschlecht unkenntlich gemachten Unterlagen bei der Kommission sowie zur Übermittlung eines Pseudonyms und seines Namens an die Krankenkasse vorliegt.

---

PLZ

Ort

Datum

---

Unterschrift Antragsteller/behandelnder Arzt