

Folgebegutachtung: Indikationsstellung Lipidapherese

Antragsteller / behandelnder Arzt

_____	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)
_____			_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Name der Einrichtung			BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

Patientenbezogene Daten

Patientenpseudonym	
_____	_____
Krankenkasse	Bitte genaue Anschrift der Krankenkasse angeben.

Mitgliedsnummer	

Aufgrund welcher Fettstoffwechselstörung wird die Indikation zur Lipidapherese gestellt?

(gemäß „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschuss Anlage I Nr.1 § 3 Abs. 1 und 2)

Familiäre homozygote Hypercholesterinämie?

<input type="radio"/> Ja	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="radio"/> Nein
	Datum der Erstdiagnose (ED)	

Schwere Hypercholesterinämie ohne ausreichende LDL-Cholesterin-Senkung mit über 12 Monate dokumentierter maximaler diätetischer und medikamentöser Therapie?

<input type="radio"/> Ja	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="radio"/> Nein
	Datum der Erstdiagnose (ED)	

Isolierte Lp(a)-Erhöhung über 60 mg/dl und LDL-Cholesterin im Normbereich und gleichzeitig progredienter kardiovaskulärer Erkrankung?

<input type="radio"/> Ja	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="radio"/> Nein
	Datum der Erstdiagnose (ED)	

Compliance des Patienten

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

Lipidwerte im Verlauf der Apheresebehandlung (mind. vier Wertepaare aus 4 verschiedenen Quartalen)

Labor	vor	nach	vor	nach	vor	nach	vor	nach
Datum								
LDL-Chol. (mg/dl)								
Lp (a) mit Angabe der Maßeinheit								

Lipidsenkende Medikation

Lipidsenkende Medikation seit letzter Antragstellung				Nebenwirkungen?		
Arzneimittel	Dosis	von	bis	Was?	Wann?	UAW- Meldung?
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

Anamnestic bekannte Unverträglichkeiten / Kontraindikationen?

**Kardiologische / angiologische / neurologische Untersuchungen seit letzter Antragstellung
Obligat: Anlage der Krankenhausberichte / Facharztberichte**

_____ Durch wen?	_____ Wann?
_____ Durch wen?	_____ Wann?
_____ Durch wen?	_____ Wann?

Bisherige Apheresetherapie

Welches Aphereseverfahren?

Bisheriges Behandlungsintervall? _____ Tage

Änderung des Behandlungsintervalls oder Unterbrechung?

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.

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift Antragsteller / behandelnder Arzt
---------------------	---