



Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe
Abteilung Qualitätssicherung
Herrn Dieter Korte
Robert-Schimrigk-Str. 4-6
44141 Dortmund

Fax an: 0231 / 9432-1569
0231 / 9432-81550
E-Mail: Dieter.Korte@kvwl.de



Antrag auf Fortsetzung

bezüglich der Prüfung der Indikation zur Apheresebehandlung
durch die Sachverständigen-Kommission

QR-Code nur für internen KVWL-Gebrauch

Indikationsstellender Arzt

Titel, Vorname, Name:

PLZ, Ort, Straße

Hinweis:

Bitte übermitteln Sie zeitgleich der Krankenkasse des Patienten das Pseudonym, den Patientennamen, die Versichertennummer und das Geburtsdatum. Nur so ist die leistungspflichtige Krankenkasse in der Lage, die Stellungnahme der Apheresekommission auf der Basis des Pseudonyms dem Patienten zuzuordnen und den erforderlichen Leistungsbescheid zu erstellen.

Allgemeine Angaben zum Patienten

Patientenpseudonym:

Geburtsjahr:

Krankenkasse:

Die Antragstellung für den Patienten erfolgt aufgrund der vorliegenden

- **familiären Hypercholesterinämie** in homozygoter Ausprägung
- **schweren Hypercholesterinämie**
Grundsätzlich kann mit einer über zwölf Monate dokumentierten maximalen diätetischen und medikamentösen Therapie das LDL nicht ausreichend gesenkt werden.
- **schweren Hypercholesterinämie mit LP(a)-Erhöhung**
Grundsätzlich kann mit einer über zwölf Monate dokumentierten maximalen diätetischen und medikamentösen Therapie das LDL nicht ausreichend gesenkt werden.
- **Lp(a)-Apherese mit isolierter Lp(a)-Erhöhung**
Der Lp(a)-Wert lag über 60 mg/dl und der LDL-Cholesterin im Normbereich. Gleichzeitig lag eine, klinisch und durch bildgebende Verfahren dokumentierte progrediente kardiovaskuläre Erkrankung (koronare Herzerkrankung und/oder periphere arterielle Verschlusskrankheit oder zerebrovaskuläre Erkrankung) vor.

Patienten-Pseudonym:

Veränderungen	
Ergometrie und/oder Stressecho und/oder Koronarangiographie	
Datum: Maßnahmen:	
Duplexsonographie und/oder Angiographie der Halsgefäße	
Datum: Maßnahmen:	
Duplexsonographie und/oder ABI und/oder Angiographie und/oder MR-Angiographie der Becken-/Beingefäße	
Datum: Maßnahmen:	
Sonstiges: (z.B. Kardio-CT)	
Datum: Maßnahmen:	
Progression der kardiovaskulären Erkrankung: Ja Nein	
Falls ja:	
PTCA /Stent	Operationen
Datum:	Datum:
Maßnahmen:	Maßnahmen:

Patienten-Pseudonym:

Subjektive Veränderungen	
Angina pectoris:	
Nitroverbrauch:	
Arbeitsfähigkeit:	
Alltagstauglichkeit:	
Symptomatik:	

Beeinflussbare Risikofaktoren:		
Raucher:	Ja	Nein
Exraucher:	Ja	Nein
Zeitraum:	von	bis
Anzahl der Zigaretten pro Tag		

Bluthochdruck:	Ja	Nein
seit:		
nach Medikation:		
(Riva-Rocci) RR-Verhalten:		
	Normal	Hyperton
<i>Falls hyperton, dann ist eine 24 Std.-RR-Messung erforderlich:</i>		
systolischer Mittelwert:		Tag
		Nacht
diastolischer Mittelwert:		Tag
		Nacht
oder		
Gemittelte Selbstmesswerte:		
Morgens:		systolisch
		diastolisch
Abends:		systolisch
		diastolisch
Zeitraum:		

Patienten-Pseudonym:

Zusätzliche Angaben:

Äußere Stigmata:	BMI	kg/m ²
	Gewicht	kg
	Größe:	cm

Tragen Sie bitte in die nachfolgende Tabelle die **Nüchternlaborwerte** ein, die zu **vier** verschiedenen Zeitpunkten innerhalb eines Jahres ermittelt wurden. Ausnahme bildet die Proteinmessung. Hier reicht ein Wert pro Jahr.

Achtung: Sollten in der Labortabelle keine Eintragungen vorgenommen werden, kann die Kommission **nicht** über den Antrag beraten.

****Bei einer UAW-Meldung sind die Laborwerte für CK zwingend anzugeben.**

Datum:	Gewicht KG	Hb g/dl	TG mg/dl	HDL mg/dl	TSH µU/ml	Kreatinin mg/dl	Proteinurie mg/g

Datum:	FBG mg/dl	GOT U/l	GPT U/l	GGT U/l	AP mg/dl	CK** U/l	HS mg/dl	HbA _{1c} %

Durchführung der LDL/Lp(a)-Apherese:

Beginn der Apherese		
Behandlungsverfahren		
Adsorber:		
Punktionsart:	Arterialisierte Vene	nicht arterialisierte Vene
Intervall		
	Plasma	Vollblut
Menge	ml	ml
Behandlungszeit		
Blutfluss		
Unterbrechung der Behandlung:	Ja	Nein
1. Unterbrechung	von:	bis
Begründung:		
2. Unterbrechung	von:	bis
Begründung:		
3. Unterbrechung	von:	bis:
Begründung:		

Patienten-Pseudonym:

Medikamentöse Therapie:			
Statin:		Ionenaustauscher	
Dosierung:		Dosierung:	
Zeitraum: von	bis	Zeitraum: von	bis
Grund:		Grund:	
Ezetimib:		Fibrate	
Dosierung:		Dosierung:	
Zeitraum: von	bis	Zeitraum: von	bis
Grund:		Grund:	
PCSK 9:		Falls keine Maximaldosierung, bitte Gründe angeben:	
Dosierung:			
Zeitraum: von	bis		
Grund:			

UAW der medikamentösen Therapie	
Bei Abbruch der Therapie, Angabe von Gründen:	
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 erfolgt:	<i>Bei einer UAW-Meldung sind die ermittelten CK-Werte in der Labortabelle zwingend anzugeben.</i>
Ezetimib:	Statin:
Dosierung:	Dosierung:
PCSK 9-Hemmer:	Sonstige:
Dosierung:	Dosierung:

Patienten-Pseudonym:

Sonstige Medikationen:		
	Medikament	Dosierung:
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		

Beigefügte Unterlagen:	
Die vollständig ausgefüllte 12-monatige tabellarische Dokumentation der Ausgangswerte (Seite 8 des Antrages)	
Beurteilungen durch andere Ärzte sowie die bisherige Therapie/Verlaufskontrolle sind in Kopie dem Antrag beigefügt:	
• Kardiologisch	
oder	
• Angiologisch	
und zusätzlich	
• Lipidologisch	

Mit meiner Unterschrift 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 des Pseudonyms und seines Namens an die Krankenkasse vorliegt.

(Ort, Datum

(Unterschrift des indikationsstellenden Arztes)