

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
 Qualitätssicherung
 Frau Flindt / Frau Wehner
 Humboldtstraße 56
 22083 Hamburg

Antrag zur Durchführung der LDL-Apherese für gesetzlich Versicherte Patienten

Patientenpseudonym: _____

Versichertennummer: _____

- Neuantrag Verlängerungsantrag, der Patient wird apherisiert seit: _____ (Jahr)
(Auch bei Verlängerungsanträgen ist grundsätzlich eine aussagekräftige, kardiologische Stellungnahme inklusive Befund vorzulegen!)

- bei Lp(a)
 familiärer Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung
 bei schwerer Hypercholesterinämie bei denen grundsätzlich mit einer über zwölf Monaten dokumentierten maximalen diätetischen und medikamentösen Therapie das LDL-Cholesterin nicht ausreichend gesenkt werden kann
 keine der vorgenannten Gründe

Laborbefunde

Labor vom:												
vor/nach Beh.	vor	nach	vor	nach	vor	nach	vor	nach	vor	nach	vor	nach
Cholesterin												
HDL												
LDL												
Triglyceride												
Lp(a) mg/dl oder												
Lp(a) nmol/l												

Es ist erforderlich, dass 6 Laborwerte aus den letzten 12 Monaten, d.h. alle 2 Monate, angegeben werden.

Behandlungsintervall: _____

Aktuelles kardiologisches Gutachten liegt dem Antrag bei.

Aktuelle Größe und Gewicht des Patienten

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Rauchverhalten

Raucher? Nein Ja, seit ca. _____ Jahren.

Ex-Raucher ? Nein Ja, Nichtraucher seit ca. _____ Jahren,
zuvor Nikotinabusus seit _____ Jahren.

Aktuelle Werte

Blutdruck _____ Messdatum _____

HbA_{1c} _____ Messdatum _____

Epikrise

Eingesetzte Arzneimittel /Dosierung

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen

Datum, Unterschrift

Praxisstempel

Hinweis

Bitte füllen Sie diesen Antragsvordruck vollständig aus und machen Sie alle erforderlichen Angaben. Nur vollständig ausgefüllte Anträge und die entsprechenden medizinischen Unterlagen können der Apherese-Kommission zur Stellungnahme vorgelegt werden.