

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

Antrag zur Durchführung der LDL-Apherese für gesetzlich Versicherte

Patientenpseudonym: _____

Versichertennummer: _____

Neuantrag
 Verlängerungsantrag, Genehmigung 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												

Verlängerungsanträge: 6 Laborwerte/ alle 2 Monate, Neuanträge: verfügbare Vorwerte / jährlich

Behandlungsintervall: _____

Aktuelles kardiologisches Gutachten liegt dem Antrag bei.

Rauchverhalten

Raucher? Nein Ja, seit ca. _____ Jahren.

Ex-Raucher ? Nein Ja, Nichtraucher seit ca. _____ Jahren,
mit _____ py.

Aktuelle Werte

Blutdruck _____

Messdatum _____

HbA_{1c} _____

Messdatum _____

Größe _____ cm

Gewicht _____ kg

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.