Arztstempel		



Bitte zurücksenden an:

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

Hauptabteilung Versorgui Zum Hospitalgraben 8 99425 Weimar	ngšqualität und Patientensich	erheit	
	ERSTA	NTRAG	
Anlag	e zur Indikationsstellung zu	ır ambulanten Durchführı	ung von
	□ LDL-A	pheresen*	
	☐ Lp(a)-	Apheresen*	
	☐ Immur	napheresen bei rheumatoide	er Arthritis*
* Zutreffendes bitte ankreuzen			
Krankenkasse:			
Kardiovaskuläre Risil	<u>kofaktoren</u>		
männlich □			Alter:
Größe in cm:	Gewicht in	kg:	BMI:
arterielle Hypertonieerk	<mark>krankung</mark> : Ja □, seit	Nein □	
Blutdruck:	mm/Hg		
Raucher: Ja: □ Nein: □	Ex-Nikotinkonsum seit:		
Diabetes mellitus:	Ja □, seit:	Тур 1 □	Тур 2 □
		HbA ₁ C:%	Verlauf:
	Nein: □		
Niereninsuffizienz:	Ja □	K/DOQI-Stadium:	
		Crea-Clearance (GFR)	
	Nein: □		

Familiäre Vorbelastung?:					
familiäre Hyperchole	esterinämie in ho	mozygoter Au	usprägung:	Ja □	Nein □
LDL-Hypercholester	rinämie oder				
LDL medikamentös	nicht in den Ziell	bereich einste	ellbar:	Ja □	Nein □
isolierte Lp(a)-Erhöh	nung mit Lp(a) >	60 mg/dl:	Ja □	Nein □	
Atherosklerosema	nifestationen				
Koronarien:	Ја 🛘	Nein □			
_					
Progrediente KHK:	Ја 🛘	Nein □			
Myokardinfarkt in de					
PTCA:	Ja □, wann:			Nein □	
Stent:	Ja □, wann:			Nein □	
Bypass:	Ja □, wann:			Nein □	
Herztransplantation	: Ja □, wann: .			Nein □	
<u>Carotisgefäße:</u> Ja □ Nein □					
Ereignisse im letzten Jahr:					
Erläuterungen (z. B. Stenosen, Interventionen, Operationen):					
Bauchaorta / Nieren					
Ereignisse im letzten Jahr:					
Erläuterungen (z. B. Sklerose, Aneurysma, Stenosen):					
Poskon / Poingofä@or Io □ Noin □					
Becken- / Beingefäße: Ja □ Nein □ Freignisse im letzten Jehr:					
Ereignisse im letzten Jahr:					
Enauterungen (z. B. Stenosen, Fontaine-Stadium, Interventionen):					

Seite 2 von 4 der Anlage – Erstantrag Indikationsstellung zur ambulanten Durchführung von Apheresen

Seite 3 von 4 der Anlage – Erstantrag Indikationsstellung zur ambulanten Durchführung von Apheresen						
Indikation zur Apherese: (Zusammenfassung therapierelevanter Diagnosen)						
			•••••		••••••	
Bei Indikation: I	solierte Lp(a)-Erhöhung:					
Seit wann liege	n die LDL-Werte im therape	utisch	nen Zielbereic	h?		
	Einstellung der LDL-Werte nde Verfahren dokumentiert					
Ja □ Nein □						
Falls ja, bitte in	der Anlage dokumentieren					
Labamyanta						
Laborwerte						
ohne Therapie	- Abnahmedatum:					
Chol. ges.	mmol/I					
LDL – Chol.	mmol/l					
HDL – Chol.	m	mol/l				
Triglyceride	m	mol/l				
Lp(a)	r	ng/dl				
unter lipidsenke	nder medikamentöser Beha	<u>ndlur</u>	ng - <mark>Abnahme</mark>	datum:		
Chol. ges.	mmol/l		Art der Medik	ation:	seit wann:	Dosierung
LDL – Chol.	mmol/l					
HDL – Chol.	mmol/l					
Triglyceride	mmol/l					
Lp(a)	mg/dl					
	nmol/l					
Aktuelle lipids	enkende Medikation:					
Stoffgruppe	Substanz	/ Do	sis		Begründun	g
Statin	Ja □			Nein □		
Ezetimib	Ja □			Nein □		
Fibrat	Ja 🗆			Nein □		
Ionenaustauscl	her Ja □			Nein □		
Bempedoinsäu	re Ja □			Nein □		
PCSK-9 Hemm	ner Ja □			Nein □		

Nein □

Inclisiran

Ja □

Falls Unverträglichkeit von medikamentöser Therapie:

Medikation	Dosierung	Symptomatik
	-	
Falls unerwünschte Arzneimittelwirkungen a Therapie geführt haben, ist eine UAW-Me erforderlich.	auftreten, die zu einer Änderung od I ldung an die Arzneimittelkommiss	der einem Absetzen der jeweiligen medikamentösen ion der deutschen Ärzteschaft oder an das BfArM
UAW-Meldung ist erfolgt und dok	cumentiert: Ja □ Nein □	
Falls ja, bitte Kopie der UAW-Meldui		
	ig the final general geny	
Demontrungen		
Bemerkungen:		
leh versiehere die Diehtigkeit une	l die Velletändigkeit der bie	er gomochton Angohon:
Ich versichere die Richtigkeit und	i die vollstandigkeit der file	er gemachten Angaben.
Ort, Datum, Unterschrift des den Ant	trag stellenden Arztes	
Anlagen:		
Befunde des bestimmenden Labor	s im Original	vom
Lipidologisches Gutachten		vom
 Kardiologische und/oder angiologis 	sche Befunde	vom
Bei Arzneimittelunverträglichkeit: K	Opie der "UAW-Meldung"	vom
 Patienteneinwilligung 		vom