

Arztstempel



**kvt**  
Kassenärztliche  
Vereinigung Thüringen

Bitte zurücksenden an:

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Hauptabteilung Versorgungsqualität und Patientensicherheit  
Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar

## FOLGEANTRAG

Anlage zur Indikationsstellung zur ambulanten Durchführung von

- LDL-Apheresen\*
- Lp(a)-Apheresen\*
- Immunapheresen bei rheumatoider Arthritis\*

\* Zutreffendes bitte ankreuzen

**Pseudonym:** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** .....

### Kardiovaskuläre Risikofaktoren

männlich  weiblich  Alter: .....

Größe in cm: ..... Gewicht in kg: ..... BMI: .....

arterielle Hypertonieerkrankung: Ja , seit ..... Nein

Blutdruck: .....mm/Hg

Raucher: Ja:  Ex-Nikotinkonsum seit: .....  
Nein:

Diabetes mellitus: Ja , seit: ..... Typ 1  Typ 2   
HbA<sub>1c</sub>: .....% Verlauf:.....  
Nein:

Niereninsuffizienz: Ja  K/DOQI-Stadium: .....  
Crea-Clearance (GFR): .....  
Nein:

familiäre Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung: Ja  Nein

LDL-Hypercholesterinämie oder

LDL medikamentös nicht in den Zielbereich einstellbar: Ja  Nein

isolierte Lp(a)-Erhöhung mit Lp(a) > 60 mg/dl: Ja  Nein

**Atherosklerosemanifestationen**

kardiovaskuläre Ereignisse Ja  Nein

bzw. Änderungen der ausschlaggebenden Indikation im letzten Jahr:

.....

.....

.....

.....

**Indikation zur Apherese:** (Zusammenfassung therapierrelevanter Diagnosen)

.....

.....

.....

**Laborwerte**

Fettstoffwechsel		Laborwerteübersicht							
		Abnahmedatum:		Abnahmedatum:		Abnahmedatum:		Abnahmedatum:	
		vor Apherese	nach Apherese	vor Apherese	nach Apherese	vor Apherese	nach Apherese	vor Apherese	nach Apherese
Chol. ges.	mmol/l								
LDL – Chol.	mmol/l								
HDL – Chol.	mmol/l								
Triglyceride	mmol/l								
Lp(a)	mg/dl								
	nmol/l								

(Bitte Befunde beifügen)

LDL/Lp(a)-Reduktionsrate =  $\frac{C_{max} - C_{min}}{C_{max}}$

LDL-Reduktionsrate<sup>+</sup> ..... %

Lp(a)-Reduktionsrate<sup>+</sup> ..... %

**Behandlungsfrequenz:**

- 1 x pro Woche
- 1 x in 2 Wochen
- 1 x in 3 Wochen
- 3 x in 2 Wochen

Chron. intermittierende Apheresebehandlung seit: .....

**Aktuelle lipidsenkende Medikation:**

Stoffgruppe	Substanz / Dosis	Begründung
Statin	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ezetimib	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Fibrat	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ionenaustauscher	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bempedoinsäure	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
PCSK-9 Hemmer	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Inclisiran	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

**Falls Unverträglichkeit von medikamentöser Therapie:**

Medikation	Dosierung	Symptomatik

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 ist erfolgt und dokumentiert: Ja  Nein

Falls ja, bitte Kopie der UAW-Meldung als Anlage beifügen)

**Stellungnahme zur Empfehlung der Qualitätssicherungskommission vom Vorjahr:**

.....  
 .....  
 .....

**Bemerkungen:**

.....  
 .....

Ich versichere die Richtigkeit und die Vollständigkeit der hier gemachten Angaben:

.....

Ort, Datum, Unterschrift des den Antrag stellenden Arztes

**Anlagen:**

- Befunde des bestimmenden Labors im Original vom .....
- ggf. aktuelle kardiologische und/oder angiologische Befunde vom .....
- Bei Arzneimittelunverträglichkeit: Kopie der „UAW-Meldung“ vom .....
- Patienteneinwilligung vom .....