

# Folgebegutachtung: Indikationsstellung Lipidapherese

## Antragsteller / behandelnder Arzt

_____	_____	_____	_____
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)
_____			_____
Name der Einrichtung			BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

## Patientenbezogene Daten

\_\_\_\_\_

Patientenpseudonym

\_\_\_\_\_

Krankenkasse      Bitte genaue Anschrift der Krankenkasse angeben.

\_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer

## Aufgrund welcher Fettstoffwechselstörung wird die Indikation zur Lipidapherese gestellt?

(gemäß „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschuss Anlage I Nr.1 § 3 Abs. 1 und 2)

### Familiäre homozygote Hypercholesterinämie?

Ja      \_\_\_\_\_       Nein

Datum der Erstdiagnose (ED)

**Schwere Hypercholesterinämie ohne ausreichende LDL-Cholesterin-Senkung** mit über 12 Monate dokumentierter maximaler diätetischer und medikamentöser Therapie?

Ja      \_\_\_\_\_       Nein

Datum der Erstdiagnose (ED)

**Isolierte Lp(a)-Erhöhung über 60 mg/dl und LDL-Cholesterin im Normbereich** und gleichzeitig progredienter kardiovaskulärer Erkrankung?

Ja      \_\_\_\_\_       Nein

Datum der Erstdiagnose (ED)

## Compliance des Patienten

	Gewicht in kg	Körpergröße in cm	BMI in kg/m <sup>2</sup>
aktuell			
vor 12 Monaten			

## Lipidwerte im Verlauf der Apheresebehandlung

(mind. vier Wertepaare aus 4 verschiedenen Quartalen)

Labor	vor	nach	vor	nach	vor	nach	vor	nach
Datum								
LDL-Chol. (mg/dl)								
Lp (a) mit Angabe der Maßeinheit								

## Lipidsenkende Medikation

Lipidsenkende Medikation seit letzter Antragstellung				Nebenwirkungen?		
Arzneimittel	Dosis	von	bis	Was?	Wann?	UAW- Meldung?
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

**Anamnestisch bekannte Unverträglichkeiten / Kontraindikationen?**

---

---

---

---

---

---

**Kardiologische / angiologische / neurologische Untersuchungen seit letzter Antragstellung  
Obligat: Anlage der Krankenhausberichte / Facharztberichte**

_____ Durch wen?	_____ Wann?
_____ Durch wen?	_____ Wann?
_____ Durch wen?	_____ Wann?

**Bisherige Apheresetherapie**

Welches Aphereseverfahren?

---

Bisheriges Behandlungsintervall? \_\_\_\_\_ Tage

Änderung des Behandlungsintervalls oder Unterbrechung?

---

Hiermit 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 eines Pseudonyms und seines Namens an die Krankenkasse vorliegt.

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift Antragsteller / behandelnder Arzt
---------------------	---