

**Übermittlung des Pseudonyms und des Namens des Patienten an die
leistungspflichtige Krankenkasse**

zur Indikationsbeurteilung der LDL-Apherese entsprechend der Anlage I Ziffer 1 § 6 Absatz 2 zu den
Richtlinien Methoden vertragsärztliche Versorgung gemäß § 135 Abs. 1 SGB V

Folgender Antrag wurde am _____ der Apherese-Kommission zur Prüfung der
Indikation zur Durchführung der LDL-Apherese übermittelt:

Antragstellende Praxis:

Name: _____

**Praxisanschrift
Straße:** _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Patientenbezogene Angaben:

Pseudonym: _____

männlich weiblich **Geburtsjahr:** _____

Name des Versicherten: _____

Versichertennummer: _____

Erstvorstellung

Folgebegutachtung

***Bei Folgebegutachtung
Beginn der Behandlung:** _____

Ort, Datum, BSNR

Stempel / Unterschrift der Praxis