

**Antrag auf Indikationsbeurteilung zur Fortführung der LDL-Apherese**

**Antragstellende Praxis:**

Name: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift  
Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon/ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Patientenbezogene Angaben:**

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

männlich       weiblich      Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_      Gewicht: \_\_\_\_\_

BMI: \_\_\_\_\_

Beginn der LDL-Apherese: \_\_\_\_\_

**Für eine ausreichende Beurteilung des Antrages unbedingt vorzulegende wichtige Unterlagen/  
Angaben:**

- Einreichen eines zusammenfassenden **Arztberichtes**
- Einreichen **aktueller Befunde – ohne Befunde erfolgt keine Indikationsbeurteilung!**

Angaben/Unterlagen/Befunde/Gutachten	Datum des Befundes	Bemerkungen
Angaben zu Grunderkrankungen / Diagnosen/ Indikationsstellungen		<input type="checkbox"/> familiäre Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung
		<input type="checkbox"/> schwere Hypercholerinämie
		<input type="checkbox"/> schwere Hypercholesterinämie mit Lp(a)-Erhöhung
		<input type="checkbox"/> isolierte Lp(a)-Erhöhung
Angewandtes Verfahren:		
Anzahl/Woche:		
Plasmamengen:		
Komplikationen (bei ja, Begründung!):		
Unterbrechnungen (bei ja, Begründung!):		
Zwischenfälle:		
Aktueller kardiologischer Befund <b>(Kopie des Befundes bitte beifügen)</b>		
Aktueller angiologischer Befund <b>(Kopie des Befundes bitte beifügen)</b>		
Aktueller lipidologischer Befund <b>(Kopie des Befundes bitte einfügen)</b>		
Angaben zur Progredienz:		Angaben zur Art der progredienten kardiovaskulären Erkrankung:
		Bildgebende Dokumentation der Progredienz bzw. ergänzende Befunde:
Medikamentöse Therapie (bitte Liste beifügen)		
Medikamentenunverträglichkeiten und/oder unerwünschte Arzneimittelwirkungen Meldung an UAW oder BfArM ist erfolgt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Laborwerte (bitte Liste beifügen)		
Verlauf der Blutfettwerte vor/nach der Therapie (bitte Gesamtliste beifügen und zahlreiche Kopien meiden)		
Weitere Therapiemaßnahmen (z.B. Diät, Ernährungsberatung, Raucherentwöhnung)		
Mitarbeit des Patienten:		<input type="checkbox"/> Diät wird eingehalten
		<input type="checkbox"/> Patient ist Nichtraucher
		<input type="checkbox"/> Patient hat das Rauchen aufgegeben
		<input type="checkbox"/> Medikamentencompliance besteht
Weitere entscheidungsrelevante Anmerkungen		

Ort, Datum, BSNR

Stempel / Unterschrift der Praxis

## Einwilligung des Patienten

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

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

Ich/wir bestätige(n), dass in meiner/unsere(r) Praxis eine schriftliche Einwilligung des Patienten zur Vorlage der bis auf das Geburtsjahr und Geschlecht unkenntlich gemachten Unterlagen bei der Kommission sowie zur Übermittlung eines Pseudonyms und seines Namens an die Krankenkasse vorliegt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift der Praxis