

Checkliste zum Antrag auf Indikationsbeurteilung zur Durchführung der LDL-Apherese

- Einreichen eines zusammenfassenden **Arztberichtes**
- Einreichen des beigefügten **Antragsformulars**
- Einreichen **aktueller Befunde** (auch als Kopie)

Anforderungen	Angaben komplett bitte abhaken:	Angaben nicht komplett bitte Grund benennen:
Angaben zur Indikationsstellung (zusammenfassender Arztbericht)		
Angaben zur leistungspflichtigen Krankenkasse des Patienten		
Risikofaktoren/ Begleiterkrankungen		
Familienanamnese		
Aktueller kardiologischer Befund		
Aktueller angiologischer Befund		
Aktueller lipidologischer Befund		
Verlauf der Blutfettwerte unter der maximalmedikamentösen Therapie		
Laborwerte (Verlauf über 12 Monate)		
Bisherige Therapiemaßnahmen (z.B. Diät, Ernährungsberatung, Raucherentwöhnung)		
Medikamentöse Therapie		
Angaben zur Mitarbeit des Patienten		
Angaben zu Medikamentenunverträglichkeiten		
Nachweis der UAW-Meldung bei Angaben zur Medikamentenunverträglichkeit		
Einverständniserklärung des Patienten		

Einleitung der LDL/Lp(a)-Apherese

zur Indikationsbeurteilung entsprechend der Anlage I Ziffer 1
zu den Richtlinien Methoden vertragsärztliche Versorgung gemäß § 135 Abs. 1 SGB V

Für eine ausreichende Beurteilung des Antrages unbedingt vorzulegende wichtige Angaben:

- **Schriftliche Begründung des Antrages mit Angaben zur Gesamtsituation der Patienten**
- **Aktuelle Befunde (kardiologisch, angiologisch, lipidologisch)**
- **Ohne vollständige Angaben und vorliegende Befunde erfolgt keine Indikationsbeurteilung!!!**

Antragstellende Praxis:

Name: Vorname
Praxisanschrift:
Telefon:

Patientenbezogene Angaben:

Pseudonym:
 männlich weiblich
Geburtsjahr:
Krankenkasse/
Anschrift:
Größe: Gewicht:
BMI:

Welches Aphereseverfahren ist geplant:

Fettstoffwechselstörung bekannt seit: _____

Indikationen zur Durchführung der LDL/ Lp(a)-Apherese:

- familiäre Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung
- familiäre Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung mit Lp(a)-Erhöhung
- schwere Hypercholesterinämie in heterozygoter Ausprägung
- schwere Hypercholesterinämie heterozygoter Ausprägung in Kombination mit Lp(a)-Erhöhung
- isolierte Lp(a)-Erhöhung über 60 mg/dl

Risikofaktoren/ Begleiterkrankungen:

- Koronare Herzerkrankung
- pAVK, AVK
- Progression der Erkrankung (wenn ja, dann bitte Befunde dem Antrag beifügen)
- Infarkt
- Schlaganfall
- PTCA, Bypass
- Stenosen
- Vorliegen einer arteriellen Hypertonie

Bekannt seit:

Durchschnittlicher Blutdruck

- Adipositas
- Patient ist Raucher, wenn ja, am Tag ca. Stück.
- Alkoholabusus
- Diabetes mellitus Typ: _____
- Bekannt seit: HbA1c
- Einstellung mit Diät
- Einstellung mit oraler Antikoagulation
- Einstellung durch Insulingabe
- Lebererkrankung: (ASAT _____ μ kat/l, ALAT _____ μ kat/l, γ GT _____ μ kat/l,
AP _____ μ kat/l, Cholinesterase _____ μ kat/l)
- Pankreatitis
- renale Erkrankung (24-h-Eiweißausscheidung im Urin _____ g/dl)
- erhöhte Fibrinogenwerte
- erhöhtes Homocystein
- Nierentransplantation
- Herztransplantation

Familienanamnese:

	Eltern	Ereignisalter*	Geschwister	Ereignisalter*	Kinder	Ereignisalter*
Infarkt						
KHK						
AVK						
Fettstoffwechselstörungen						
Schlaganfall						

* ggf. auch Mehrfachangaben

0 = nein 1 = ja (Vater) 2 = ja (Mutter) 3 = beide Eltern/ mehrere Geschwister/ Kinder
 1 = ja (Bruder) 2 = ja (Schwester) 4 = unbekannt
 1 = ja (Sohn) 2 = ja (Tochter)

Ergänzende Fachärztliche Beurteilung:

Hinweis: Entsprechend §4 Abs. 3 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses darf die ergänzende Beurteilung nicht durch den Arzt erfolgen, an den bei bestätigter Indikation zur Durchführung der Apherese überwiesen wird!

Kardiologie: (Kopie des Befundes dem Antrag bitte beifügen!)

- Nichtinvasive Verfahren: Ruhe-EKG, Belastungs-EKG, Stressechokardiographie, Myocardszintigrafie
- Invasive Verfahren: Koronarangiographie

Angiologie: (Kopie des Befundes dem Antrag bitte beifügen!)

- Nichtinvasive Verfahren: Doppler- und Duplexuntersuchungen
- Invasive Verfahren: Angiographie der hirn- bzw. extremitätenversorgenden Arterien

Lipidologischer Befund: (Kopie des Befundes dem Antrag bitte beifügen!)

Laboruntersuchungen:

Datum	Erstuntersuchung ohne Lipidsenker	Werte unter Therapie mit maximalmedikamentöser lipidsenkender Therapie (Verlauf 12 Monate vor Antragstellung)			
		3 Monate	6 Monate	9 Monate	12 Monate
	LDL-Cholesterin				
	Lp(a) in mg/dl				
	HDL-Cholesterin				
	HbA1c				
	Triglyzeride				
	Kreatinin				
	Fibrinogen				

Bisherige maximalmedikamentöse lipidsenkende Therapie:

Lipidsenkende Therapie seit: _____

(Bitte Medikamentenplan beifügen)

Aktuelle Medikation	Dosierung	angesetzt	abgesetzt	Absetzgrund	Kontra-indikation
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Lipidsenkende Medikamente wegen UAW reduziert oder abgesetzt ja: nein:

Angabe warum eine maximalmedikamentöse Therapie nicht möglich ist (Nebenwirkungen/ welches Medikament/ welche Dosierung):

Wurde **UAW der Arzneimittelkommission** bzw. dem **Bundesinstitut** für Arzneimittel und Medizinprodukte **gemeldet?**

ja: nein:

(Wenn „ja“, bitte Kopie der UAW-Meldung beifügen!).

Mitarbeit des Patienten:

Diät eingehalten: ja: nein:

Nichtraucher: ja: nein:

Rauchen aufgegeben: ja: , seit _____ nein:

(wenn nein, welche Maßnahmen zur Raucherentwöhnung wurden eingeleitet?)

Medikamentencompliance: ja: nein:

Bisherige Therapiemaßnahmen:

Diätetische Maßnahmen/ Raucherentwöhnung/ Bewegungstherapie

- Angabe der Maßnahmen zur Gewichtsreduktion (z.B. Ernährungsberatung, täglicher Kalorienbedarf, prozentualer Fettanteil, Cholesteringehalt der Nahrung etc.):

Maßnahmen zur Ernährungsumstellung wurden am/seit _____ eingeleitet

Maßnahmen zur Raucherentwöhnung wurden am/seit _____ eingeleitet

Maßnahmen zur Bewegungstherapie wurden am/seit _____ eingeleitet

Bitte fügen Sie Nachweise bzw. Teilnahmebestätigungen dem Antrag bei.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

Einwilligung des Patienten

Pseudonym:

Geburtsjahr:

Ich/ wir bestätige(n), dass in meiner/ unserer 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

Stempel/ Unterschrift der Praxis

Arzt/ Praxisstempel

Krankenkasse
Straße, Hausnummer
Postleitzahl/ Ort

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 zur Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung gemäß § 135 Abs. 1 SGB V

Mitteilung an die Krankenkasse

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

Antragstellende Praxis:

Name: Vorname

Praxisanschrift:

Telefon:

Patientenbezogene Angaben:

Pseudonym:

männlich weiblich

Name des Versicherten:

Versichertennummer:

Erstvorstellung:

Folgebegutachtung*:

*Bei Folgebegutachtung
Beginn der Behandlung:

Ort, Datum

Stempel/ Unterschrift der Praxis