

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappsch
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis	Datum			

Kassenarztstempel

Antrag auf Durchführung und Abrechnung von

LDL-Apherese (befristet auf 1 Jahr)

Immunapherese (befristet auf 12 Behandlungen)

Neu-/Erstantrag

Verlängerungsantrag

Beginn der erstmaligen Behandlung: _____

Zur Indikation (auch im Wiederholungsfall) und im Behandlungsverlauf sind folgende Sachverhalte zu dokumentieren und diesem Antrag beizulegen:

- Begründung der Indikation bzw. deren Fortdauern, Anlage Nr. _____
- relevante Laborparameter und deren Verlauf, bei rheumatoider Arthritis zusätzlich Verlauf validierter Aktivitätsscores, Anlage Nr. _____
- Therapiemaßnahmen unter Angabe insbesondere der eingesetzten Arzneimittel, ihrer Dosierungen und der jeweiligen Behandlungsdauer, Anlage Nr. _____
- unerwünschte Arzneimittelwirkungen, die zu einer Änderung oder einem Absetzen der jeweiligen medikamentösen Therapie geführt haben, belegt durch UAW-Meldung an die Arzneimittelkommission der dt. Ärzteschaft oder an das BfArM, Anlage Nr. _____
- ggf. Kontraindikationen gegen bestimmte Arzneimittel, Anlage Nr. _____

Bei Indikationsstellung zur LDL-Apherese:

- vorherige ergänzende kardiologische bzw. angiologische und lipidologische Beurteilung des Patienten, Anlage Nr. _____

Bei Indikationsstellung zur Apherese bei rheumatoider Arthritis:

- vorherige ergänzende ärztliche Beurteilung des Patienten durch einen Internisten oder Orthopäden mit Schwerpunkt „Rheumatologie“, Anlage Nr. _____

(ergänzende Beurteilung nicht durch den Arzt, an den zur Durchführung der Apherese überwiesen wird)

(Datum, Unterschrift)

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappsch
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Kassenarztstempel

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG zur Übermittlung personenbezogener Daten

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass

Herr/Frau Dr. meine personenbezogenen Angaben zum Antrag auf Durchführung einer LDL-/oder Immunapherese der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkasse mitteilt,

dass die zuständige Kassenärztliche Vereinigung diese Daten für die Prüfung der Voraussetzungen und die Durchführung der Behandlung speichert und nutzt.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Kassenärztliche Vereinigung bei Beratungsbedarf personenbezogene Daten an die Beratungskommission übermittelt.

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift des Patienten)