

Antrag auf Durchführung und Abrechnung von Apheresebehandlungen

- Apherese bei familiärer homozygoter Hypercholesterinämie (befristet auf 1 Jahr)
- Apherese bei schwerer Hypercholesterinämie (befristet auf 1 Jahr)
- Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung (befristet auf 1 Jahr)

Wichtige Hinweise zur Antragstellung

Die Antragstellung sollte mindestens 4 Wochen vor der nächsten Kommissionssitzung erfolgen. Der Antrag kann frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen an die beratende Kommission zur Entscheidung weitergeleitet werden. Bitte übersenden Sie keine Anlagen, welche nicht ausdrücklich im Antrag vorgesehen sind.

Antragsteller

Lebenslange Arztnummer	
Titel, Vorname, Name	
Straße, PLZ, Ort	
Telefonnummer	

1. Allgemeine Angaben zum Patienten

Bei dem vorliegenden Antrag handelt es sich um einen

Erstantrag Folgeantrag / Apheresebehandlung seit: _____

Indikation: _____

Patientenpseudonym: _____ Wohnort d. Patienten: _____

männlich weiblich

Geburtsjahr: _____ Größe: _____ Gewicht: _____ BMI: _____

Gewichtsveränderungen in den letzten 12 Monaten:

Vollständige Anschrift der leistungspflichtigen Krankenkasse:

Patientenpseudonym: _____

2. Begleiterkrankungen / Risikofaktoren

<input type="checkbox"/> Lp(a) ist normal	<input type="checkbox"/> Lp(a) ist erhöht	
Fettstoffwechselerkrankung	<input type="checkbox"/> ja seit _____	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes mellitus Typ 1 / 2	<input type="checkbox"/> ja seit _____	<input type="checkbox"/> nein
Arterielle Hypertonie	<input type="checkbox"/> ja seit _____	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja seit _____ Bitte Befund beifügen	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> ja seit _____	<input type="checkbox"/> nein
Nierentransplantation	<input type="checkbox"/> ja seit _____	<input type="checkbox"/> nein
Herztransplantation	<input type="checkbox"/> ja seit _____	<input type="checkbox"/> nein
Hypothyreose	<input type="checkbox"/> ja seit _____	<input type="checkbox"/> nein
Homozygotie	<input type="checkbox"/> nachgewiesen seit _____ Bitte Befund beifügen	<input type="checkbox"/> nein
Rauchen	<input type="checkbox"/> ja seit _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ex seit _____
Sonstige Erkrankung: _____	<input type="checkbox"/> ja seit _____	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Erkrankung: _____	<input type="checkbox"/> ja seit _____	<input type="checkbox"/> nein

3. Eigenanamnese

Anamnese	Bewertung *	Ereignisalter
Pectangina		
KHK angiographisch gesichert		
Infarkt		
Coronarer Bypass		
Herzinsuffizienz NYHA I-IV		
AVK		
Schlaganfall		
Hypertonie		
Carotisstenose		
Nierenarterienstenose		

*0=nein

1=ja

2=mehrere

9=unbekannt

Patientenpseudonym: _____

4. Familienanamnese

	Eltern	Ereignisalter	Geschwister	Ereignisalter*	Kinder	Ereignisalter*
Infarkt						
KHK						
AVK						
Fettstoff- wechselstörung						
Schlaganfall						

0=nein 1=ja (Vater, Bruder, Sohn) 2=ja (Mutter, Schwester, Tochter) 3=beide Eltern/Geschwister/Kinder
 9=unbekannt *=Mehrfachangaben sind möglich

5. Laborwerte im Verlauf der letzten 4 Quartale.

Unter laufender Apheresetherapie einschließlich der Werte nach Behandlung

	Quartal I	Quartal II	Quartal III	Quartal IV
Laborwerte	vor/nach	vor/nach	vor/nach	vor/nach
Gesamt Cholesterin mg/dl				
HDL mg/dl				
LDL mg/dl				
Triglyceride mg/dl				
Lp(a) mg/dl				
Fibrinogen mg/dl				
Kreatinin mg/dl				
HbA 1c %				
Blutdruck mm/Hg				
Gewicht Kg				

Patientenpseudonym: _____

6. Verlauf der bisherigen lipidsenkenden Therapie

Präparat	Dosierungen von bis	Dokumentation von Nebenwirkungen	Datum der UAW-Meldung	Laborwerte Datum: Chol.: Trigl.: LDL: HDL: Lp(a):

Patientenpseudonym: _____

7. Aktuelle Medikamente

Alternativ können Sie auch den aktuellen Medikamentenplan des Patienten als Anlage beifügen

Medikation	Dosierung	Von	Bis

8. Mitarbeit des Patienten hinsichtlich seines Risikoprofils

Ist eine maximale diätische Therapie durchgeführt worden?	<input type="checkbox"/> ja von bis (Dokumentation, z.B. Diättagebuch)	<input type="checkbox"/> nein Bitte erläutern, warum nicht?
Sportliche Maßnahmen	<input type="checkbox"/> ja Was und wie oft?	<input type="checkbox"/> nein Bitte erläutern, warum nicht?
Sonstiges:		

9. Bisherige Aphereseverfahren

Bisheriges Aphereseverfahren / geplantes Aphereseverfahren:

Bisherige und geplante Behandlungsintervalle:

Patientenpseudonym: _____

Absenkung des LDL-Ausgangswertes um mind. 60 % je Sitzung bei höchstens 6 Stunden:

Therapie erreicht: ja nein

10. Zwischenfälle im letzten Jahr (Bitte nur bei Folgeanträgen ausfüllen)

durch LDL-Verfahren _____

ODER

durch kardio-vaskuläre Ereignisse _____

11. Phänotypische Merkmale/Befunde (Befunde beifügen)

Xanthome	<input type="checkbox"/> ja
Xanthelasmen	<input type="checkbox"/> ja
Arcus lipoides	<input type="checkbox"/> ja
Coronarangiographie	<input type="checkbox"/> ja Datum:
Unabhängige kardiologische Beurteilung	<input type="checkbox"/> ja Datum:
Unabhängige angiologische Beurteilung	<input type="checkbox"/> ja Datum:
Unabhängige lipidologische Beurteilung	<input type="checkbox"/> ja Datum:
Dokumentation bisheriger Diätverlauf (bei Hypercholesterinämie)	<input type="checkbox"/> ja Datum:
Berichte über stationäre/ambulante Aufenthalte	<input type="checkbox"/> ja

Obligat: Jährliches kardiologisches oder angiologisches Gutachten und lipidologisches Gutachten

Bitte Dokumentation der Progredienz der kardio vaskulären Erkrankung unter Vorlage der klinischen und bildgebenden Befunde (bei Lp(a)-Erhöhung) beifügen!

BITTE ACHTEN SIE DARAUF, DASS ALLE PATIENTENBEFUNDE ZU SCHWÄRZEN UND MIT DEM PATIENTENPSEUDONYM ZU VERSEHEN SIND!

Ich versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben

Ort, Datum	
Unterschrift	

Patientenpseudonym: _____

Anlage I

Erläuterungen und sonstige Anmerkungen

Als obligate Anlage fügen Sie bitte eine aktuelle Übersicht der Diagnosen sowie eine Begründung/Epikrise (max. 1 Seite/möglichst maschinell) an. Im Falle eines Folgeantrages bitte die Begründung für die Fortdauer der Indikation anführen

Patientenpseudonym: _____