

Patientenfragebogen zur **Folgeinkationsstellung** der **Lipoproteinapherese** gemäß Anlage I 1 zur Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung



Hinweis zur Antragstellung
 Der Antrag wird erst mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen an die beratende Kommission zur Begutachtung weitergeleitet.

1. Allgemeine Angaben zum Patienten

Patientenpseudonym	Geburtsjahr	Alter			
Krankenkasse	Versichertennummer				
Anschrift Krankenkasse			PLZ	Ort	
Größe	cm	Gewicht	kg	BMI	kg/m ²
Antragstellender Arzt / Praxis					

Der vorliegende Antrag wird für folgende Indikation gemäß der Anlage I 1 zur Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung gestellt:

familiäre Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung **oder**

schwere Hypercholesterinämie bei einer grundsätzlich über zwölf Monate dokumentierten maximalen diätetischen und medikamentösen Therapie das LDL-Cholesterin nicht ausreichend gesenkt werden kann **oder**

isolierte Lipoprotein(a) – Erhöhung mit gleichzeitig klinisch und durch bildgebende Verfahren dokumentierter progredienter kardiovaskulärer Erkrankung

2. Begleiterkrankungen / Risikofaktoren

Diabetes mellitus Typ 1/2	<input type="checkbox"/> ja	seit	<input type="checkbox"/> nein
Hypothyreose	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Homozygote LDL-C-Erhöhung	<input type="checkbox"/> ja	Bitte Befund beifügen	<input type="checkbox"/> nein
Nierentransplantation	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Herztransplantation	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Arterielle Hypertonie	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Lp(a)	<input type="checkbox"/> normal		<input type="checkbox"/> erhöht
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	Bitte Befund beifügen	<input type="checkbox"/> nein
Nikotinkonsum	<input type="checkbox"/> ja	von	<input type="checkbox"/> nein
		bis	

Eine Fettstoffwechselerkrankung ist bekannt seit

3. Eigenanamnese

Sofern mehrere Ereignisse vorliegen, sind diese zum jeweiligen Ereignisalter und Jahr zuzuordnen.

Anamnese	Bewertung*	Ereignisalter und Jahr (Mehrfachangaben sind möglich)	
		Ereignisalter	Jahr
Pectangina			
KHK angiographisch gesichert			
Infarkt			
Coronare Intervention			
Herzinsuffizienz NYHA I-IV			
AVK/ pAVK Intervention			
Schlaganfall			
Hypertonie			
Carotisstenose/ Intervention			
Nierenarterienstenose			

*0=nein

1=ja

2=mehrere

9=unbekannt

Weitere Gefäßerkrankungen

Diese bitte genau benennen und zeitlich einordnen.

--

4. Familienanamnese

Die Tabelle ist vollständig auszufüllen, sofern keine Ereignisse vorliegen, mit „0“ bestätigen.

	Eltern	Ereignisalter* in Lebensjahren	Geschwister	Ereignisalter* in Lebensjahren	Kinder	Ereignisalter* in Lebensjahren
Infarkt						
KHK						
AVK						
Fettstoffw echsel- Störung						
Schlaganfall						

0=nein

1=ja (Vater)

2=ja (Mutter)

3=beide Eltern/Geschwister/Kinder

1=ja (Bruder)

2=ja(Schwester)

9=unbekannt

1=ja (Sohn)

2=ja(Tochter)

*=Mehrfachangaben sind möglich

5. Lipidsenkende Medikamente im chronologischen Verlauf

Nr.	Medikation	Dosierung in mg	Von	Bis	Unverträglichkeit
1					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Falls keine Maximaldosierung erfolgt ist, bitte begründen:

Mussten Lipidsenkende Medikamente wegen unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen reduziert oder abgesetzt werden?

- Ja, weil
 Nein

Die UAW-Meldung an die AMK (Arzneimittelkommission) bzw. dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ist erfolgt:

- Ja, die Kopie ist diesem Antrag beigelegt.

6. Sonstige Medikamente

- Der aktuelle Medikamentenplan liegt als Anlage dem Antrag bei.

7. Laborwerte

Werte bei Erstindikation ohne medikamentöse Therapie

Bitte erfassen Sie die Originalwerte, ohne umzurechnen. Die Laboreinheiten (mg/dl können mittels Drop Down Feld geändert werden.

Laborwert	Werte bei Erstindikation OHNE medikamentöse Therapie
Datum (Monat/Jahr)	
Gesamtcholesterin mg/dl	
HDL	
LDL	
Lp(a)	
Triglyceride mg/dl	
Kreatinin mg/dl	
HbA1c %	
TSH mIU/l	
Blutdruck mmHg	
Gewicht kg	

Chronologische Labordaten unter lipidsenkender Therapie vor Apherese

Zu erfassen sind hier die Werte der in Tabelle unter Punkt 5 dargestellten lipidsenkenden Therapie.

Medikation aus der Tabelle 5					
Zeitangabe: Monat/Jahr					
Gesamtcholesterin mg/dl					
HDL					
LDL					
Lp(a)					
Triglyceride mg/dl					

Laborwerte im Verlauf des Behandlungsjahres

Zu erfassen sind alle benannten Laborparameter im Behandlungsjahr.

Laborwerte im Verlauf	Quartal 1 Datum		Quartal 2 Datum		Quartal 3 Datum		Quartal 4 Datum	
	Vor	Nach	Vor	Nach	Vor	Nach	Vor	Nach
LDL								
Lp(a)								
Gesamtcholesterin								
HDL mg/dl								
Triglyceride mg/dl								
Kreatinin mg/dl								
HbA1c %								
Blutdruck mm/Hg								
Gewicht kg								

Soweit erforderlich Anmerkung zu den Laborparametern im Behandlungsjahr

8. Welches Aphereseverfahren wurde im Behandlungsjahr durchgeführt?

Bisherige Behandlungsintervalle

Bisherige Aphereseverfahren

Erreichtes Therapieziel:

Über den Verlauf des Behandlungsjahres wurde eine Absenkung des LDL um Prozent erreicht.

9. Mitarbeit des Patienten hinsichtlich seines Risikoprofils

Die Tabelle ist vollständig auszufüllen. Die Ausführungen können mit Anlagen belegt werden.

Medikamenten-Adhärenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, weil
Wurden diätische Maßnahmen eingehalten und durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja seit <input type="checkbox"/> Ernährungsumstellung <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung	folgende: <input type="checkbox"/> nein, weil
Gezielte körperliche Betätigung / Sport bitte erläutern /seit wann	<input type="checkbox"/> ja seit <input type="checkbox"/> Teilnahme am Koronarsport	folgende: <input type="checkbox"/> nein, weil
Zusätzliche Angaben zum Gewichtsverlauf		

10. Darstellung des Krankheitsverlauf unter Einbeziehung der klinischen Beschwerden beim Progress sowie Stand der Risikofaktoren im Zeitpunkt des letzten Progresses

Bitte senden Sie den Antrag als PDF an apherese@kvn.de oder per Fax 0511-380 4623.

11. Anlagen

Die folgenden Anlagen sind diesem Antrag beigelegt:

- Kardiologische / Angiologische Beurteilung **nicht älter als 6 Monate**
- kommentierte Lipiddiagnostik vom Labor zur Dokumentation der Werte unter Behandlung für 1 Quartal
- aktueller** Medikamentenplan
- ggf. Befund über eine Nierenerkrankung
- ggf. UAW

Bitte achten Sie darauf, dass alle Patientenbefunde zu schwärzen und mit dem Patientenpseudonym zu versehen sind. Nur vollständig ausgefüllte Anträge werden an die Sachverständigen der Kommission weitergeleitet.

Datum / Unterschrift / Stempel des antragstellenden Arztes

Einwilligung des Patienten

Ich bin damit einverstanden, dass meine unkenntlich gemachten Unterlagen der Apheresekommission der KV Niedersachsen zur Überprüfung der Indikation zur Verfügung gestellt werden. Das Ergebnis der Prüfung darf unter Angabe meines Patientenpseudonyms der Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden.

Eine Weitergabe an Dritte findet nicht statt.

Datum / Unterschrift des Patienten