

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



**KVN**  
Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

**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 <sup>2</sup>
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

Apherese 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						
Fettstoffwechsel-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
11					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
12					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
13					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
14					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
15					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Falls keine Maximaldosierung erfolgt ist, bitte begründen:

Mussten **neue** 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 Erstindikationsstellung zur Apherese**

Bitte erfassen Sie **alle** Originalwerte, ohne umzurechnen!

<b>Laborwert</b>	<b>Werte bei Erstindikationsstellung zur Apherese</b>
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.

<b>Medikation aus der Tabelle 5</b>					
<b>Zeitangabe: Monat/Jahr</b>					
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 mg/dl								
HDL								
Triglyceride mg/dl								
Kreatinin mg/dl								
HbA1c %								
Blutdruck mm/Hg								
Gewicht kg								

**Soweit erforderlich**, Anmerkung zu den Laborparametern im Behandlungsjahr:

--

**Soweit erforderlich**, Laborwerte nach pausierter Apherese von maximal 2 Quartalen, wegen Urlaub, Rehamaßnahmen etc.

Datum	LDL	Lp(a)	Gesamtcholesterin mg/dl	HDL	Triglyceride mg/dl

### 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.

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

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

## 11. Zwischenfälle im letzten Jahr

durch **Apherese-Verfahren**

oder durch **kardio-vaskuläre (insbesondere arteriosklerotische) Ereignisse**

## 12. Anlagen

Die folgenden Anlagen sind diesem Antrag beigelegt:

- Kardiologische / Angiologische Beurteilung **nicht älter als 6 Monate**
- 1 Laborauszug für 1 Quartal **und** lipidologische Stellungnahme // **oder** 1 kommentierte Lipiddiagnostik
- aktueller** Medikamentenplan
- ggf. Befund über eine Nierenerkrankung
- ggf. neu gemeldete 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