

Begründung für die Durchführung der LDL und/oder Lp(a) - Apherese

(nach der Richtlinien zur Durchführung der Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren vom 17. Januar 2006, zuletzt geändert am 18. Dezember 2014, in Kraft getreten am 6. März 2015)

Für Patient – Pseudonym:.....

leistungspflichtige Krankenkasse:.....

Familienanamnese und Eigenanamnese
(kardiovaskuläre Ereignisse) ggf. Anlage beifügen:

.....
.....

	Lipidwerte bei Indikationsstellung	nach medikamentöser Therapie	unter Apherese-Therapie an drei aufeinanderfolgenden Behandlungstagen aus dem letzten Quartal						
			Behandlg. am		Behandlg. am		Behandlg. am		
			vor Aph.	nach Aph.	vor Aph.	nach Aph.	vor Aph.	nach Aph.	
Gesamtcholesterin									
HDL									
LDL mmol/l <input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/>									
Triglyceride									
LP (a) nmol/l <input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/>									

Behandlungsintervall: _____

Behandlungstyp: **Bitte ankreuzen!**

LDL :

Lp (a) :

Größe/Gewicht:

Erfolgte ggf. ein Aufklärungsgespräch und Therapieempfehlung zur Medikation PCSK9 – Hemmer?

aktuelle Medikation (mit Dosierung und der jeweiligen Behandlungsdauer) ggf. **UAW-Meldung**

.....

.

.....

.

.....

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 ggf. Kontraindikation gegen bestimmte Arzneimittel:

.....

.

.....

.

.....

.....

Ergänzende medizinische Beurteilung nach § 4 der BUB-Richtlinie

1. *kardiologisch- bzw. angiologische Beurteilung mit Indikationsstellung zur LDL-Apherese (bitte Anlage beifügen)*

Ergometrie

Myokardszintigraphie

Streßechokardiographie

Koronarangiographie

2. *lipidologische Beurteilung mit Indikationsstellung zur LDL-Apherese: (bitte Anlage beifügen)*

Der Kommission für Fachfragen der Apherese in MV wird hiermit bestätigt, dass eine unterschriebene schriftliche Einverständniserklärung zur Übermittlung des Pseudonyms unter Angabe des Namens und der Adresse des Patienten an die leistungspflichtige Krankenkasse sowie die Übermittlung der pseudonymisierten Unterlagen unter Angabe des Geburtsjahres und Geschlechts des Patienten an die Kommission vorliegt.

Diese Angaben sind nach § 7 der BUB-Richtlinie zur ambulanten Durchführung der LDL-Elimination jährlich aktuell, zur erneuten Beurteilung durch die beratende Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, vorzulegen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift/Stempel

Ambulante Durchführung der LDL-Elimination als extrakorporales Hämotherapieverfahren

- Einverständniserklärung -

Hiermit erkläre ich mich einverstanden,

dass Herr/Frau Dr. med.**mein Pseudonym sowie meinen Namen und Adresse an meine leistungspflichtige Krankenkasse meldet. Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass alle mit der LDL-Elimination in Zusammenhang stehenden erforderlichen Befunde und Untersuchungsergebnisse, entsprechend der Richtlinie, Anlage 1, der beratenden Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung pseudonymisiert unter Angabe von Geschlecht und Geburtsjahr** mitgeteilt werden.

Name der leistungspflichtigen Krankenkasse

Ich nehme zur Kenntnis, dass sich meine Mitwirkungspflicht aus dem § 5 der Richtlinie über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (Richtlinie zur ambulanten Durchführung der Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren) ergibt.

.....
Pseudonym des Patienten

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift