

## 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