

E-Mail [genehmigung@kv-rlp.de](mailto:genehmigung@kv-rlp.de)  
Fax 0261 39002-168  
Telefon 06131 326-326

[www.kv-rlp.de/959760](http://www.kv-rlp.de/959760)

**Erstantrag für den Patienten**  
**Ambulante Apheresebehandlung als extrakorporales Hämotherapieverfahren**  
**Richtlinie Methode vertragsärztliche Versorgung, Anlage 1**

.....  
**Arztname** (ausführender Arzt)

.....  
**Pseudonym**                      **Geburtsjahr**                      **Geschlecht**     female     male

.....  
**Krankenkasse** (vollständige Adresse an die das Pseudonym versendet wurde ist anzugeben)

.....  
**Versichertennummer des Patienten**

**Indikation:**

**Familiäre Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung (FHC)**

durch humangenetische Untersuchung bestätigt:                       ja     nein

**Schwere Hypercholesterinämie (Sekundärprävention)**

Heterozygote FHC durch humangenetische Untersuchung bestätigt                       ja     nein

Heterozygote FHC aus Anamnese hochwahrscheinlich                       ja     nein

durch Ernährungs- und Bewegungstherapie sowie medikamentöse  
Therapie nicht ausreichend therapierbar                       ja     nein

Zur diätischen Therapie wurden Beratungen durchgeführt vom:

- behandelnden Arzt Frau/Herr.....  
Bitte den Namen angeben
- Ernährungsberater/in Frau/Herr.....  
Bitte den Namen angeben
- Diabetesberater/in Frau/Herr.....  
Bitte den Namen angeben

Es wurde eine strikte Diät eingehalten (gilt nicht bei homozygoter Fettstoffwechselstörung oder isolierter LP(a) Hyperlipoproteinämie)

- ja, von ..... bis .....
- nein, Begründung .....

Nach Diätschulung und Einhaltung einer cholesterinbegrenzten (300 mg/d) fettmodifizierten und ggf. hypokalorischer Ernährung bei ausreichender Bewegung und maximaler medikamentöser Therapie (z. B.: CSE-Hemmer, Fibrate, Nikotinsäure, Ionentauscher) ist ein leitliniengerechtes LDL nicht zu erreichen

- ja  nein

- Isolierte Lp(a) Erhöhung über 60 mg/dl**  
in Kombination mit Hypercholesterinämie  ja  nein

**Familienanamnese:**

Möglichst präzise Angaben zu frühen arteriosklerotischen Ereignissen, insbesondere KHK, Infarkten, ACVB, Dilatation, Stenting, Apoplexe bei Verwandten I. Grades mit Altersangabe:

.....  
.....  
.....  
.....

**Eigenanamnese:**

Möglichst präzise Angaben zu frühen arteriosklerotischen Ereignissen, insbesondere KHK, Infarkten, ACVB, Dilatation, Stenting, Apoplexe mit Altersangabe:

.....  
.....

Ausbildung von Xanthomen:

.....

Ggf. Begleiterkrankungen (z. B. vaskuläre Risikofaktoren, sekundäre Hyperlipoproteinämie):

.....  
.....

**Beeinflussbare Risikofaktoren**

Raucher:  nein  ja..... Zigaretten pack/years  
Ex-Raucher, seit ..... Zigaretten pack/years

Körpergröße: ..... cm,      Gewicht vor dem kardialen Ereignis ..... kg  
Gewicht aktuell ..... kg BMI .....

Bluthochdruck?  ja  nein

Bekannt seit: .....  
Aktueller RR: ..... mittlerer RR/24h Blutdruckmessung (falls vorhanden): .....  
Therapie: .....

**Diabetes mellitus?**  ja  nein

bekannt seit: .....  
aktueller BZ: ..... Normbereich: .....  
HbA1c: ..... Normbereich: .....  
EBT  OAD  insulinpflichtig  sonstiges

Diabetische Spätkrankheit/Organbefund:  
.....  
.....  
.....

**Zusätzliche Risikofaktoren**

Fibrinogen-Erhöhung:      Wert ..... Normbereich .....      Datum .....

Homocystein-Erhöhung:      Wert ..... Normbereich .....      Datum .....

CRP                              Wert ..... Normbereich .....      Datum .....

**Ausschluß sekundärer Fettstoffwechselstörung**

-Schilddrüsenfunktionsstörung:

ja  nein TSH-Wert ..... IU/ml Normbereich ..... Datum .....

-Niereninsuffizienz:

ja  nein Kreatininwert ..... mg/dl Normbereich ..... Datum .....

-Proteinurie:

ja  nein Wert: ..... mg/Tag Normbereich ..... Datum .....

Leberfunktionsstörung  ja  nein

-GGT Wert ..... IU/l Normbereich ..... Datum .....

-GPT Wert ..... IU/l Normbereich ..... Datum .....

-GOT Wert ..... IU/l Normbereich ..... Datum .....

-AP Wert ..... IU/l Normbereich ..... Datum .....

-GLDH Wert ..... IU/l Normbereich ..... Datum .....

-Gesamteiweiß Wert ..... IU/l Normbereich ..... Datum .....

-Elektrophorese  auffällig  unauffällig

Blutfettwerte (je mindestens drei Werte):

	Wert 1	Datum	Wert 2	Datum	Wert 3	Datum	Normbereich/Einheit
Gesamtcholesterin							
HDL Cholesterin							
LDL Cholesterin							
Triglyceride							
Lp (a)							

**Aktuelle vollständige Medikation**

Medikament	Dosierung	Behandlungsdauer

**Cholesterinsenkende Medikation der letzten 24 Monate**

Medikament	Dosierung	Behandlungsdauer

Nebenwirkung der lipidsenkenden Medikation

nein

ja

unter welchem/n Medikament/en

.....

welche Nebenwirkung/en

.....

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen ggf. belegt durch UAW-Meldung oder Meldung an BfArM

.....

.....

.....

**Dem Antrag sind beigefügt:**

- schriftliche Begründung des Antrages
  
- aussagekräftige kardiologische bzw. angiologische Beurteilung

Die kardiologische bzw. angiologische ergänzende Untersuchung darf nicht durch den Arzt erfolgen, an den bei bestätigter Indikation zur Durchführung der Apherese überwiesen wird.

**Zusätzlich bei isolierter Lp(a)-Erhöhung:**

- Angabe zur Art der progredienten kardiovaskulären Erkrankung (KHK und/oder pAVK und/oder zerebrovaskuläre Erkrankung)
  
- Angabe zum klinischen Verlauf der Progredienz der Erkrankung(en)
  
- bildgebende Dokumentation der Progredienz der kardiovaskulären Erkrankung
  
- Lp(a)-Laborparameter (mindestens drei Werte)

Aus der Dokumentation einschließlich des Begleitschreibens muss nachvollziehbar hervorgehen, dass jeweils eine Befundkonstellation vorliegt, für die es keine Therapiealternativen gibt und die Lp(a)-Apherese somit eine ultima-ratio-Behandlung darstellt.

**Vollständige Angaben sind zwingend erforderlich**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass eine schriftliche Einwilligung des Patienten zur Vorlage der bis auf Geburtsjahr und Geschlecht unkenntlich gemachten Unterlagen bei der Kommission sowie zur Übermittlung eines Pseudonyms und seines Namens an die Krankenkasse vorliegt.

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes