

Erstvorstellung zur Indikationsstellung Lipidapherese

Arztstempel (bei Gemeinschaftspraxen bitte den Namen des behandelnden Arztes kenntlich machen)

Patientenbezogene Daten

Patientenpseudonym

Krankenkasse (bitte genaue Anschrift angeben)

Mitgliedsnummer

Fettstoffwechselstörung des Patienten

Fettstoffwechselstörung bekannt seit

Typ (n.Fr.)

Homozygotie?

Ja

Nein

Verdacht auf Homozygotie?

Ja

Nein

Lp(a) Erhöhung?

Ja

Nein

Patientencompliance

Gewicht (kg)

Größe (cm)

BMI (Körpergewicht in kg/Größe in Meter zum Quadrat)

Gewichtsänderung in den letzten 12 Monaten?

Ja

Nein

Wenn ja, wie?

Veränderungen des BMI?

Ja

Nein

Wenn ja, wie?

Ist nach Diagnosestellung eine maximale diätetische Therapie durchgeführt worden? Ja Nein

In welchem Zeitraum?

Wie ist diese dokumentiert worden? (evtl. Diättagebuch beifügen)

Wie ist die Patientencompliance?

Risikofaktoren des Patienten

Hypertonie? Ja Nein

Raucher? Ja Nein ex:

Körperliche Aktivität möglich?: Ja Nein _____
Watt

Begleiterkrankungen des Patienten

Diabetes mellitus? Ja Nein _____ vom _____
HbA1c

Hyperthyreose? Ja Nein

Hypothyreose? Ja Nein

Nierenerkrankung? Ja Nein

Lebererkrankung? Ja Nein

Familienanamnese des Patienten/Familiäre Belastung

(0 = unbekannt, 1 = ja, 2 = nein, 3 = mehrere)

	Eltern	Ereignisalter	Geschwister	Ereignisalter	Kinder	Ereignisalter
Infarkt						
KHK						
AVK						
Fettstoffwechselstörung						
Schlaganfall						

Eigenanamnese des Patienten

(0 = unbekannt, 1 = ja, 2 = nein, 3 = mehrere)

	Patient	Ereignisalter
Infarkt		
KHK		
AVK		
Fettstoffwechselstörung		
Schlaganfall		

Verlauf der Lipidwerte des Patienten im Verlaufe des Jahres vor Antragstellung bzw. seit Beginn lipidsenkender Therapie

Labor	Erstunter- suchung	Kontrolle nach 3 Monaten	Kontrolle nach 6 Monaten	Kontrolle nach 9 Monaten	Kontrolle nach 12 Monaten
Datum					
Gesamtcholes- terin (mg/dl)					
Triglyzeride (mg/dl)					
HDL- Cholesterin (mg/dl)					
LDL- Cholesterin (mg/dl)					
Fibrinogen (mg/dl)					
Lp (a) (mg/dl)					
Kreatinin (mg/dl)					

Bisher durchgeführte medikamentöse Therapie

Bitte füllen Sie hierzu die in Anlage 1 beigelegte Tabelle aus

Medikamentöse Unverträglichkeit dokumentiert? Ja Nein

Nebenwirkungen unter lipidsenkender Therapie?
(Was, wann, bei Enzym-Anstieg: Maximalwert, Datum, UAW-Meldung?)

Phänotypischen Merkmale und klinische Befunde (Befunde beifügen)

- Xanthome
- Xanthelasmen
- Arcus lipoides
- Coronarangiographie _____
Datum
- Unabhängige kardiologische Beurteilung _____
Datum
- Unabhängige angiologische Beurteilung _____
Datum
- Unabhängige lipidologische Beurteilung _____
Datum
- Dokumentation bisheriger Diät-Verlauf
(bei Hypercholesterinämie) _____
Datum
- Berichte über stationäre/amb. Aufenthalte

Dokumentation der Progredienz der kardiovaskulären Erkrankung unter Vorlage der klinischen und bildgebenden Befunde (bei Lp(a)-Erhöhung).

Welches Aphereseverfahren ist geplant?

Vorgesehene Behandlungsintervalle? _____ Tage

Bereits durchgeführte bzw. unterbrochene Apheresebehandlung?
(Begründung)

Erläuterungen und Anmerkungen

Hiermit 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.

Datum

Unterschrift

Anlage
Tabelle über die bisher durchgeführte medikamentöse Therapie

Anlage 1 Tabelle über die bisher durchgeführte medikamentöse Therapie

Dosierungen				Dokumentation von Nebenwirkungen			Laborwerte					
Statine												
Präparat	Dosis	von	bis	Nebenwirkungen	Datum der NW	UAW-Meldung	Labordatum	Chol.	Trigl.	LDL	HDL	Lp(a)
Ionenaustauscherharz												
Präparat	Dosis	von	bis	Nebenwirkungen	Datum der NW	UAW-Meldung	Labordatum	Chol.	Trigl.	LDL	HDL	Lp(a)
Sonstige												
Präparat	Dosis	von	bis	Nebenwirkungen	Datum der NW	UAW-Meldung	Labordatum	Chol.	Trigl.	LDL	HDL	Lp(a)