

Folgebegutachtung 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 bei Hypercholesterinämie eine maximale diätetische Therapie durchgeführt worden? Ja Nein

In welchem Zeitraum?

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

Wie ist die Patientencompliance?

Lipidwerte im Verlauf der Apheresebehandlung (min. vier Wertepaare)

Labor	vor	nach	vor	nach	vor	nach	vor	nach
Datum								
Gesamtchol. mg/dl								
Triglyzeride mg/dl								
LDL-Chol. mg/dl								
Lp (a) mg/dl								

Lipidsenkende Medikation in diesem Zeitraum

Medikation	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								

Änderung der Medikation während des letzten Jahres? Ja Nein

Medikamentöse Unverträglichkeit dokumentiert? Ja Nein

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

**Klinische Befunde aus dem vergangenen Behandlungsjahr
(Bitte Befunde beifügen)**

Neue Untersuchungen? Ja Nein

Coronarangiographie Datum _____

Sonstige kardiologische Untersuchungen Datum _____

Angiologischer Befund Datum _____

Welches Aphereseverfahren wurde durchgeführt?

Bisherige Behandlungsintervalle? _____ Tage

Änderung der Behandlungsintervalle oder Unterbrechung?

Apheresebehandlung seit wann? _____

Erläuterungen und Anmerkungen:

Hat sich das Risikoprofil geändert? Ja Nein

Wenn ja, bitte Begründung:

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 des Arztes