

Qualitätssicherung

Georg-Voigt-Straße 15 • 60325 Frankfurt
Postfach 15 02 04 • 60062 Frankfurt
Internet: www.kvhessen.de

Ansprechpartnerinnen:
Maria Kazantsidou / Susanne Scheurer
Tel.: (0 69) 7 95 02-125 / -127
Fax: (0 69) 7 95 02- 128

Bitte in Druckbuchstaben komplett ausfüllen)

Ersterhebungsbogen

zur Durchführung der LDL-Apherese / Lp(a)-Apherese

- bei familiärer Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung
- bei schwerer Hypercholesterinämie, bei der grundsätzlich mit einer über zwölf Monate dokumentierten maximalen diätetischen und medikamentösen Therapie das LDL-Cholesterin nicht ausreichend gesenkt werden kann

Anamnese / Risikofaktoren

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Straße, PLZ Ort: _____

Versicherungsnummer: _____

Kostenträger: _____

(genaue Anschrift der Geschäftsstelle) _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Raucher: ja nein falls ja:
Zeitpkt. des Beginns des Nikotinabusus: ca. _____
bisher erreichte „Pack-Years“: ca. _____

Exraucher: ja nein falls ja:
Zeitpkt. des Einstellens des Nikotinabusus: ca. _____
bis zu diesem Zeitpkt. erreichte „Pack-Years“: ca. _____

Diabetes mellitus: nein ja bekannt seit: _____
aktueller Nüchtern-BZ: _____ HBA1: _____
Therapie: _____

Wurde ein Thrombophilie-Screening (insbesondere bei Lp(a) Erhöhung)
durchgeführt? ja nein

**Derzeitiges Blutdruckniveau**

- überwiegend normoton überwiegend grenzwertig
 hyperten überwiegend hyperten

Therapie: _____

Eigene Anamnese

Familienanamnese

Nur falls LDL erhöht:Wurden Ursachen sekundärer Hyperlipidämie ausgeschlossen,

wie z.B. Nephrotisches Syndrom und fortgeschrittene Niereninsuffizienz,

Schilddrüsenerkrankung, Pankreaserkrankung, Lebererkrankung,

Paraproteinämie, Diabetes mellitus, Cushing Syndrom und Sonstige?

 ja nein
Diätetische Maßnahmen

- 1) Eine diätetische Unterweisung ist erfolgt: ja nein
- 2) wann ? _____
- 3) durch wen ? _____
- 4) welche Diät wurde verordnet ?
- cholesterinarm ballaststoffreich
 fettarm sonstige
 fettmodifiziert

Hinweis: Bitte werten Sie ein mindestens 3-tägiges Ernährungsprotokoll aus!5) Einhaltung der Diät: konsequent ausreichend ungenügend

6) Bemerkungen: _____

Welche medikamentöse Therapie der Hypercholesterinämie / Lp(a) Erhöhung wird durchgeführt ?

Statin _____ Dosierung _____

Ionenaustauscher _____ Dosierung _____

Ezetrol _____ Dosierung _____

Nikotinsäure (Lp(a)) _____ Dosierung _____

Sonstige _____ Dosierung _____

Falls keine Maximaldosierung, Angabe der Gründe:

Bei Abbruch der Therapie, Angabe der Gründe:

Falls unerwünschte Arzneimittelwirkungen auftreten, die zu einer Änderung oder einem Absetzen der jeweiligen medikamentösen Therapie geführt haben, ist eine UAW-Meldung an die Arzneimittelkommission der dt. Ärzteschaft oder an das BfArM erforderlich.

UAW-Meldung ist erfolgt: ja nein

Hinweis: Bitte fügen Sie eine Kopie der UAW-Meldung bei !

Sonstige medikamentöse Therapie

Hinweis: Bitte geben Sie mindestens 12 Werte über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten in geeigneten Abständen mit genauer Dosis der begleitenden lipidsenkenden Therapie sowie das Körpergewicht an.

Laborparameter	Datum der Blutentnahme	Datum der Blutentnahme	Datum der Blutentnahme	Datum der Blutentnahme	Datum der Blutentnahme	Datum der Blutentnahme
Gesamtcholesterin (mg/dl)						
LDL-Cholesterin (mg/dl)						
HDL-Cholesterin (mg/dl)						
Triglyceride (mg/dl)						
Lp(a) (falls erhöht)						
Sonstige						
Therapie						
ggf. Nebenwirkungen						
Körpergewicht						

Keine quantitative Lipidelektrophorese zur Validierung der Lipide.

Laborparameter	Datum der Blutentnahme	Datum der Blutentnahme	Datum der Blutentnahme	Datum der Blutentnahme	Datum der Blutentnahme	Datum der Blutentnahme
Gesamtcholesterin (mg/dl)						
LDL-Cholesterin (mg/dl)						
HDL-Cholesterin (mg/dl)						
Triglyceride (mg/dl)						
Lp(a) (falls erhöht)						
Sonstige						
Therapie						
ggf. Nebenwirkungen						
Körpergewicht						

Keine quantitative Lipidelektrophorese zur Validierung der Lipide.

Angaben zur geplanten Behandlung

Behandlungsfrequenz: _____

Behandlungsverfahren: _____

Behandlungsdauer: _____

Durchführender Arzt: _____

Die kardiologischen bzw. angiologischen **und** lipidologischen Beurteilungen durch andere Ärzte und die bisherige Therapie/Verlaufskontrolle sind gemäß § 4 Richtlinie Methoden Vertragsärztliche Versorgung beigefügt.

Datum

Stempel und Unterschrift des antragstellenden Arztes

Erklärung des Patienten

Datenschutzbestimmungen werden beachtet. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten (siehe oben) der Fachkommission der KV Hessen und meiner Krankenkasse zugänglich gemacht werden.

Die Weitergabe an Dritte ist nicht zulässig.

Datum

Unterschrift des Patienten

