

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
Qualitätssicherung
Apherese
Bismarckallee 1-6
23795 Bad Segeberg

Deckblatt für den Antrag auf Genehmigung zur Durchführung der LDL-Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren nach der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung

Erstantrag

Folgeantrag

Pseudonym des Patienten:

Alter des Patienten:

Krankenkasse des Patienten:

Indikation: (nur eine Auswahl möglich)

Lipid-Apherese

schwere Hypercholesterinämie

familiäre Hypercholesterinämie in
homozygoter Ausprägung

isolierte Lp(a)-Erhöhung

Immunapherese

aktive rheumatoide Arthritis

Eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten gemäß § 6 Absatz 4 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung liegt vor:

Ja

Nein

Datum

Praxisstempel und Unterschrift