

Anlage 2 zum Antrag auf ambulante Durchführung der Apherese (Begleitformular)  
Bisherige Therapie / Verlaufsprotokolle

(Weiterführungsantrag)



**KVBB**  
 Kassenärztliche Vereinigung  
 Brandenburg

Patientenpseudonym: KVBB / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Laufende Nummer der KVBB      Geburtsjahr      Geschlecht

➔ Werte vor und nach der letzten 6 Behandlungen eintragen

Datum:												
	vor	nach										
Gesamt-Chol:												
Triglyzeride:												
LDL-Chol:												
HDL-Chol:												
HbA 1 c												
Lp (a):												
Sonstige pathologische Laborbefunde:												
Medikation:												
Diät:												

**Wichtiger Hinweis:** Ist eine maximale medikamentöse Therapie nicht möglich und in der Standardtherapie von Fettstoffwechselstörungen eingesetzte Medikamente können nicht oder nur in reduzierter Dosis gegeben werden, ist dies entsprechend § 3 Abs. 3.3 der BUB-Richtlinien vom 24.3.2003 mit einer UAW-Meldung zu belegen und die Kopie der Meldung beizufügen!

Datum: .....

Stempel und Unterschrift  
 des antragstellenden Arztes: