

PCSK9-Hemmer Evaluierung

(nach Erstattungs-Regeln vom 01. Juli 2017, vereinfacht)

PATIENT/IN	
Name
Vorname
Geb.Dat.

JA !	
<input type="checkbox"/>	<p>Klinisch manifeste atherosklerotische Gefäßerkrankung? (z.B. MCI, Insult, PAVK, Stent, Stenose ...)</p> <p style="text-align: right;">Monat/Jahr</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Statintherapie ausgeschöpft? maximal tolerierte Kombinationstherapie (≥3 Monate) mit</p> <p><input type="checkbox"/> Atorvastatin oder Rosuvastatin oder <input type="checkbox"/> beide nicht toleriert</p> <p><input type="checkbox"/> + Ezetimibe oder <input type="checkbox"/> nicht toleriert</p>
<input type="checkbox"/>	<p>LDL-C deutlich über Ziel? (lt. Fachgesellschaften LDL-C ≥70 mg/dl, Non-HDL-C ≥100 mg/dl; lt. Erstattungskodex LDL-C ≥100 mg/dl)</p> <p>LDLC mg/dl am</p>

Ich ersuche um Prüfung der Erstattung und ggf. Verordnung eines PCSK9-Hemmers (Praluent/Repatha).

Wien , den

.....

Name, Unterschrift und Stempel

Bitte aktuellen Laborbefund incl. Lipidprofil und HbA1c dem Patienten mitgeben!