

Inclisiran (PCSK9 siRNA)

Zuweisung an das verschreibende Zentrum

(nach Erstattungs-Regeln, vereinfacht)

PATIENT/IN

Name:

Vorname:

Geb.Dat.:

SV-Nummer:

Vaskuläres Ereignis?

(z.B. Myokardinfarkt, Insult, PAVK, Stent, Stenose ...)

.....
.....

Monat/Jahr

LDL-Cholesterin?

LDL-C: mg/dl am

gem. Erstattungstext LDL-C ≥ 70 mg/dl; lt. ESC 2019 Leitlinien ist ein LDL-C < 55 mg/dl bzw. Non-HDL-C < 85 mg/dl UND mindestens 50% Senkung des LDL-C anzustreben

Unter maximal tolerierter oraler Kombinationstherapie (≥ 3 Monate) mit

Atorvastatin oder Rosuvastatin oder Unverträglichkeit von beiden

+ Ezetimibe oder Unverträglichkeit

Blutdruck und ggf. **Diabetes mellitus** adäquat eingestellt

Ersuche um Prüfung und ggf. Verordnung von LEQVIO®.

....., den

Name, Unterschrift und Stempel

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