PCSK9-Hemmer Evaluierung

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

PATIENT/IN

Name .....

Vorname .....

Geb.Dat. .....

JA !	
☐	**Klinisch manifeste atherosklerotische Gefäßerkrankung?** *(z.B. MCI, Insult, PAVK, Stent, Stenose ...)* Monat/Jahr ....
☐	**Statintherapie ausgeschöpft?** maximal tolerierte Kombinationstherapie (≥3 Monate) mit □ ***Atorvastatin*** oder ***Rosuvastatin*** oder □ beide nicht toleriert □ ***+ Ezetimibe*** oder □ nicht toleriert
☐	**LDL-C deutlich über Ziel?** (lt. ESC 2019 Leitlinien LDL-C ≥55 mg/dl, Non-HDL-C ≥85 mg/dl; lt. Erstattungskodex LDL-C ≥100 mg/dl) LDLC ..... mg/dl am .....

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!

Zentren für die PCSK9i Erstverordnung sind auf www.hauptverband.at publiziert

© Th. Stulnig 2020 für die PCSK9i Zentrumsvertreter Wien