

Kostengutsprache gesuch zuhanden des Vertrauensarztes

Indikation: Repatha ist indiziert begleitend zu einer Diät und zusätzlich zu einer maximal tolerierbaren Statin-Dosis mit oder ohne andere lipidsenkende Therapien zur Behandlung von

- Erwachsenen mit einer schweren **heterozygoten familiären Hypercholesterinämie**, oder
- Erwachsenen mit **klinischer atherosklerotischer kardiovaskulärer Erkrankung**, oder
- Erwachsenen und Jugendlichen ab einem Alter von 12 Jahren mit einer **homozygoten familiären Hypercholesterinämie**,

welche eine zusätzliche Low Density Lipoprotein Cholesterin (LDL-C) Senkung benötigen.

Personalien Patient/Patientin

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
 Strasse / Nr.: _____ Adresszusatz: _____
 PLZ: _____ Ort: _____

Krankenversicherer

Name: _____ VAD bzw. Vertrauensarzt: _____
 Strasse / Nr.: _____ Versicherten-Nr.: _____
 PLZ: _____ Ort: _____

Patientenanamnese

- | | 1. Ereignis (Jahr) | 2. Ereignis (Jahr) | 3. Ereignis (Jahr) |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Bekannte KHK/Atherosklerose | | | |
| <input type="checkbox"/> Akutes Koronarsyndrom | | | |
| <input type="checkbox"/> Myokardinfarkt | | | |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall / TIA | | | |
| <input type="checkbox"/> Koronare Revaskularisierung | | | |
| <input type="checkbox"/> Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) | | | |
- Der arterielle Blutdruck ist kontrolliert
- Kein oder kontrollierter Diabetes mellitus (HbA1c kleiner 7,5 %) HbA1c-Wert: _____
- Nichtraucher / eine Nikotinabstinenz wird angestrebt
- Eine Diät besteht begleitend

Aktueller LDL-C Wert: _____ mmol/l ohne PCSK9i Therapie mit PCSK9i Therapie

| Lipidsenker | mg (max. tolerierbare Dosis) | + Ezetimib (optional) | Dauer [Monate] (total mind. 3 Monate) | Erreichter LDL-C Wert [mmol/l] | Angaben zur Statin-Unverträglichkeit | | |
|--------------|---------------------------------|--------------------------|--|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|----------|
| | | | | | Myalgien | Hepatopathie | CK-Wert* |
| Atorvastatin | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Rosuvastatin | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Fluvastatin | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Pravastatin | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Simvastatin | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

* Kreatinin-Kinase Wert, Anstieg auf mindestens das Fünffache des oberen Normwertes.

Ezetimib-Dosierung (bei Statin-Unverträglichkeit): _____ mg, Dauer: _____ Monate

