



Anlage 1  
zum Antrag auf ambulante Weiterführung der Apherese (Begleitformular)

Anamnese/Risikofaktoren	
Patientenpseudonym: <b>KVBB</b> / _____ / _____ / _____ <i>Laufende Nummer der KVBB      Geburtsjahr      Geschlecht</i>	
Größe:	_____
Gewicht:	_____
Nichtraucher:	<input type="radio"/> Ja
Raucher:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein      Falls Ja: _____ Zigaretten pro Tag
Exraucher: :	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein      Falls Ja: _____ Zigaretten pro Tag
Diabetes mellitus:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
falls ja:	bekannt seit: _____
	aktueller Nüchtern-BZ: _____
	HBA: _____
	Therapie: _____
Hypertonus:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
falls ja:	bekannt seit: _____
	aktueller RR: _____
	Therapie: _____
Wie oft wird die Behandlung durchgeführt:	_____ pro Woche / Monat
Durchführender Arzt:	_____
Liegt ein Chylomikronämie-Syndrom vor:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein