



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

Anamnese/Risikofaktoren	
Patientenpseudonym: KVBB / _____ / _____ / _____ <i>Laufende Nummer der KVBB</i> <i>Geburtsjahr</i> <i>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: _____
Eigene Anamnese:	
Familienanamnese:	
Wann soll die Behandlung beginnen:	_____
Wie oft soll die Behandlung durchgeführt werden:	_____ pro Woche / Monat
Durchführender Arzt:	_____
Liegt ein Chylomikronämie-Syndrom vor:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein