



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 567, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

Indikationsstellung auf ambulante Durchführung der Immunapherese bei rheumatoider Arthritis im Einzelfall (Patient)

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung/ Nr. 1 der Anlage I, in der Fassung vom
19. Juni 2008, veröffentlicht im Bundesarztregister Nr. 138 (S. 3 321) vom 11.09.2008 – in Kraft
getreten am 12.09.2008 – gemäß § 135 Abs. 1 SGB V

1. Indikationsstellender Arzt:

Name: Vorname:

Praxis- bzw. Einrichtungsanschrift:

Tel.-Nr. der Praxis- bzw. Einrichtung:

2. Patientendaten:

Name: Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

leistungspflichtige Krankenkasse, ggf. Anschrift der zuständigen Geschäftsstelle:

.....



Erstindikationsstellungen

Indikationsstellungen für die Fortsetzung

Frühere Immunapheresebehandlungen Ergebnisse:

von: _____ bis: _____

von: _____ bis: _____

von: _____ bis: _____

Diagnosen:

Wodurch gesichert:

Anamnese:

Patient ist Dialysepatient:

Ja:

Nein.:



Falls Kontraindikationen:

Indikation für die Immunapherese:

Geplantes Adsorptionsverfahren:

Bemerkungen:



Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der hier gemachten Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des indikationsstellenden Arztes

Anlagen:

Laborparameter vom: _____

Aktivitätsscore vom: _____

Ergänzende ärztliche Beurteilung des Patienten durch
Internist/ Rheumatol. oder Orthopäde/ Rheumatol. vom: _____