

Beovu® (Brolucizumab)

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Limitatio, siehe [Spezialitätenliste](#)

Personalien Patient(in):

Name: Vorname: Geb. Datum:

Geschlecht: ♀ ♂ Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt)

Hiermit bestätigt die unten aufgeführte Klinikärztin beziehungsweise der unten aufgeführte Klinikarzt, die durch die Klinik/das Zentrum erfolgte Diagnosestellung bei obgenannter(m) Patientin/Patienten:

exsudative (feuchte) altersbezogene Makuladegeneration (AMD)

Die Behandlung wird gleichzeitig an **beiden Augen** der Patientin beziehungsweise des Patienten durchgeführt.

Datum Diagnose erstes Auge: Datum Diagnose Partnerauge:

Bestätigende qualifizierte(r) Ärztin/ Arzt der A/B/C-Klinik/Zentrum:

Name: Vorname:

Tel. direkt: E-Mail:

A. Bei Behandlung in Klinik (in welcher die/der die Diagnose bestätigende Ärztin/Arzt tätig ist):

Die **Behandlung** wird in **folgender Klinik** durchgeführt

Name der Klinik/des Zentrums: Adresse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Es handelt sich um eine Zentrum/Klinik mit folgender Qualifikation (gemäss Liste der Weiterbildungszentren der FMH (<http://www.siwf-register.ch>):

A-Klinik/Zentrum B-Klinik/Zentrum C-Klinik/Zentrum

B. Bei Behandlung durch niedergelassenen Ophthalmologen:

Behandlung durch **niedergelassenen Ophthalmologen**: Die **obige Klinik bestätigt**, die Erstuntersuchung oder die Bestätigung der Diagnose durchgeführt zu haben (Ausnahmeregelung gemäss Limitatio).

Koordinaten des Ophthalmologen:

Name, Vorname: Adresse: Adresszusatz:

PLZ, Ort: E-Mail.: Tel.:

Evtl. Bemerkungen, Ergänzungen:

Datum: