

Zum Kostengutsprache-Gesuch: Beantragt wird Cuvitru® **inklusive MiGeL 03. Applikationshilfen:** Infusionspumpe für die subkutane Immunglobulin-Heim-Therapie (03.06.00.1), Infusionsset (03.06.01.1), Reservoir (03.06.02.1).

Limitatio: Zur Behandlung des Antikörpermangelsyndroms. Nach Kostengutsprache des Krankenversicherers. (siehe auch [Spezialitätenliste](#)).

Personien Patient:

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): Diagnose

Es liegt ein Antikörpermangelsyndrom vor. aktueller Immunglobulin-Wert*:
*Normwert IgG: 7-16 g/L bei Erwachsenen

Zur Typisierung der Krankheit:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kongenitale Agammaglobulinämie | <input type="checkbox"/> Kongenitale Hypogammaglobulinämie |
| <input type="checkbox"/> Allgemeine, variable Immunmangelkrankheit | <input type="checkbox"/> Schwere, kombinierte Immunmangelkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Mangel der IgG-Subklasse mit rezidivierendem Infektionen | <input type="checkbox"/> Selektiver IgA-Mangel |
| <input type="checkbox"/> Wiskott-Aldrich-Syndrom | |

Dosierung: Gewicht (kg): Dosierung (in Gramm pro kg Körpergewicht):

Intervall: alle Tage | alle Wochen

anderer, nämlich:

Geplante Dauer bis Evaluation des Ansprechens (in Wochen):

Bemerkungen:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name:

Vorname:

Adresse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum:

Stempel/Unterschrift:.....