

Eylea® (Afliberceptum)

Kostengutsprache gesuch zu Handen des Vertrauensarztes

Kostengutsprache gesuch für die gleichzeitige Behandlung beider Augen mit Eylea®

Limitatio:

Für die Behandlung der exsudativen (feuchten) altersbezogenen Makuladegeneration (AMD), eines Visusverlustes durch ein diabetisches Makulaödem (DME) sowie für die Behandlung eines Visusverlustes durch ein Makulaödem infolge eines retinalen Venenverschlusses RVO (retinaler Venenastverschluss BRVO und retinaler Zentralvenenverschluss CRVO).

EYLEA darf ausschliesslich durch qualifizierte Ophthalmologen der A-, B- und C-Zentren/Kliniken (gemäss der Liste der Weiterbildungszentren der FMH (<http://www.siwf-register.ch>) zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) angewendet werden.

Ausnahmeregelung: Die Ausbildungskliniken A, B und C sind berechtigt, mit niedergelassenen Ophthalmologen zu kooperieren, um eine patientennahe Versorgung zu gewährleisten.

Die Kooperation geschieht auf einvernehmlicher Basis zwischen beiden Partnern und gemäss folgenden Bedingungen:

a) Die Ausbildungsklinik führt die Erstuntersuchung oder die Bestätigung der Diagnose durch. Dies muss für die Krankenkassen belegt werden.

b) Bei Einigung auf die zugelassenen Indikationen (AMD, DME oder RVO) darf auch der niedergelassene Arzt den Patienten weiterbehandeln.

Die gleichzeitige Behandlung beider Augen eines Patienten bedarf der Bewilligung des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Personalien 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:

- exsudative (feuchte) altersbezogene Makuladegeneration (AMD)
- Visusverlust durch ein diabetisches Makulaödem (DME)
- Behandlung eines Visusverlustes durch ein Makulaödem infolge eines retinalen Venenverschlusses RVO (retinaler Venenastverschluss BRVO und retinaler Zentralvenenverschluss CRVO)
- In allen Indikationen: die Behandlung wird gleichzeitig an beiden Augen der Patientin beziehungsweise des Patienten durchgeführt.

Datum Erstdiagnose 1. Auge:

In Behandlung seit:

Datum Erstdiagnose Partnerauge:

Geplanter Behandlungsbeginn:

Behandlungszentrum/behandelnder Ophthalmologe oder Ophthalmologin in eigener Praxis

- Die Behandlung wird in folgendem Zentrum/Klinik durchgeführt:

Name:

PLZ, Ort:

Es handelt sich um ein 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

- Die Ausnahmeregelung gemäss Limitatio trifft zu. Die Behandlung wird in Kooperation mit folgendem niedergelassenen Ophthalmologen durchgeführt:

Name, Vorname:

PLZ, Ort:

Bei Ausnahmeregelung: Name des Behandlungszentrums, das die Erstuntersuchung durchgeführt oder die Diagnose bestätigt hat:

Name des Zentrums/der Klinik:

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

Eine entsprechende Bestätigung über die Erstuntersuchung beziehungsweise die Diagnosesicherung liegt bei.

Ergänzungen/Bemerkungen:

Anfragender Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: