

**Idacio® (Adalimumab)****Kostengutsprache gesuch z. H. des Vertrauensarztes** Limitatio siehe [SL](#)

(für aktive rheumatoide Arthritis, aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis, Psoriasis-Arthritis, Morbus Bechterew, Aktiver Morbus Crohn, Moderate bis schwere Colitis ulcerosa, nicht für alle anderen Indikationen). Eine Kostengutsprache wird beantragt für:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Aktive rheumatoide Arthritis | <input type="radio"/> Aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis |
| <input type="radio"/> Psoriasis-Arthritis          | <input type="radio"/> Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew)          |
| <input type="radio"/> Aktiver Morbus Crohn         | <input type="radio"/> Moderate bis schwere Colitis ulcerosa                  |

**Personalien Patient/in:**Name:  Vorname:  Geb. Datum: Strasse:  Adresszusatz: PLZ:  Ort: **Krankenversicherer:**  Versicherten-Nr.: Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):  Adresszusatz: PLZ:  Ort: **Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):**

Zur Vorbehandlung:

Welches Medikament inkl. Dosis?	von (MM/JJJJ)	bis (MM/JJJJ)	Angaben zur Wirkung:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Geplanter Beginn der Therapie mit Idacio® (MM/JJJJ): Bemerkungen, Ergänzungen: **Anfragender Arzt/Ärztin**Name:  Vorname: Strasse:  PLZ:  Ort: Tel.  Fax:  E-Mail: bei Spital zusätzlich Name des Spitals:  Abteilung: Datum:

**Limitatio (Auszüge):**

**Aktive rheumatoide Arthritis, aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis (ab einem Alter von 4 Jahren), Psoriasis-Arthritis:** Behandlung mit IDACIO, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew):** Behandlung mit IDACIO, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**Aktiver Morbus Crohn:** Behandlung erwachsener und pädiatrischer Patienten mit IDACIO, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Infliximab ansprechen oder dieses nicht vertragen. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes sowie erneute Kostengutsprache nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie.

**Moderate bis schwere Colitis ulcerosa:** Behandlung erwachsener Patienten mit IDACIO, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.