

Ilaris® (Canakinumab)

Kostengutsprachegesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Gilt für folgende Indikation: Cryopyrin-assoziiertes periodisches Syndrom (CAPS). Nicht für alle andere Indikationen.

Limitatio (Auszug): Cryopyrin-assoziiertes periodisches Syndrom (CAPS):

Nach Kostengutsprache des Krankenversicherers und vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von Patienten mit CAPS mit bestätigter Mutation des NLRP3-Gens. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 19119.01

Personalien Patient(in):

Name: Vorname: Geb. Datum:

Geschlecht: ♀ ♂ Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort: Grösse (cm): Gewicht (kg):

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt): Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Diagnose (ausschliesslich für Vertrauensärztin/Vertrauensarzt bestimmt):

Patientin/Patient leidet an einem cryopyrin-assoziiertes periodisches Syndrom (CAPS), die Mutation des NLRP3-Gens wurde mittels Gentest bestätigt.

Kurze Beschreibung des bisherigen Verlaufs:

Geplanter Beginn der Therapie mit Ilaris®:

Vorgesehene Dosierung:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name: Vorname:

Adresse: Adresszusatz:

PLZ: Ort: Tel.:

Fax: E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: