

Limitatio, siehe Spezialitätenliste unter www.spezialitaetenliste.ch

Limitatio (Auszug): Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung der fortgeschrittenen, Levodopa-reaktiven Parkinson-Krankheit.

Personalien Patientin/Patient

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Geschlecht:

☐ ♀ ☐ ♂

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Medizinische Daten:

- ☐ Patientin/Patient ist an fortgeschrittener, Levodopa-reaktiver Parkinson-Krankheit erkrankt mit schweren motorischen Fluktuationen und Dyskinesien (5-2-1-Kriterien), trotz eingestellter verfügbarer Kombination von Antiparkinsonmitteln.
- ☐ Beantragt wird eine Therapie mit LECIGON Intestinal Gel. inkl. Patientensupportprogramm.

Angaben zur bisherigen ungenügend wirksamen Therapie:

Ist Patientin/Patient für tiefe Hirnstimulation (THS) geeignet?

☐ Ja ☐ Nein

Falls nein:

☐ ungeeignet ☐ verweigert ☐ nicht wirksam

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: