

**Remicade® (Infliximab)**

**Kostengutsprache gesuch z. H. des Vertrauensarztes**

(für rheumatoide Arthritis, Psoriasis-Arthritis oder Morbus Bechterew, nicht für alle anderen Indikationen). Es betrifft:

- Rheumatoide Arthritis**
- Psoriasis-Arthritis**
- Morbus Bechterew**

**Limitatio (Auszug aus der Spezialitätenliste):**

Behandlung der aktiven rheumatoiden Arthritis, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

Behandlung des Morbus Bechterew, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war.

Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis 1.) nur in Kombination mit Methotrexat, bei Versagen von mindestens zwei krankheitsmodifizierenden DMARD inklusive Methotrexat und 2.) nach Versagen der Kombinationen Methotrexat/ Etanercept oder Methotrexat/ Adalimumab.

Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Rheumatologie/ Dermatologie oder rheumatologische/ dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.

Bei allen drei Indikationen: Vorgängige Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers.

**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):** Bisherige Therapien:

NSAR, welche   Steroide

Methotrexat  andere DMARDs, welche

Anti-TNFa, welches:

andere, nämlich:

**Bisheriger Verlauf/Bemerkungen:**

**Arzt/Ärztin:**

Name:  Vorname:

Strasse:  PLZ:  Ort:

Tel.  Fax:  E-Mail:

**bei Spital zusätzlich Name des Spitals:**

Abteilung:

Datum:..... Stempel/Unterschrift:.....