

**Remicade® (Infliximab)**

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

(für Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa, nicht für alle anderen Indikationen). Es betrifft:

**Morbus Crohn**       **Colitis Ulcerosa**

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

Behandlung von Patienten mit aktivem Morbus Crohn, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin, Steroiden) unzulänglich war.

Vorgängige Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers.

Moderate bis schwere Colitis ulcerosa: Behandlung erwachsener Patienten mit REMICADE, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde.

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer mit vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**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):      Angaben zur vorausgegangenen Therapie**

**Bei Morbus Crohn:**       Azathioprin       6-Mercaptopurin       Steroide  
 andere, nämlich:

**Bei Colitis Ulcerosa:**       5-Aminosalizsäure-Präparate       Corticosteroide und Immunsuppressiva  
 andere, nämlich:

**Beginn der Therapie mit Remicade® (TT/MM/JJJJ)**

**In beiden Indikationen: bisheriger Verlauf:**

**Arzt/Ärztin:**

Name:  Vorname:

Strasse:  PLZ:  Ort:

Tel.  Fax:  E-Mail:

**bei Spital zusätzlich Name des Spitals:**  Abteilung:

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