

# 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-Aminosalzsäure-Präparate  Corticosteroide und Immunsuppressiva  
andere, nämlich:

Beginn der Therapie mit Remicade®: (Monat/Jahr)

### In beiden Indikationen, bisheriger Verlauf:

### Arzt/Ärztin:

Name:  Vorname:

Strasse:  PLZ:  Ort:

Tel.  Fax:  E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:  Abteilung:

Datum: