

Stelara® (Ustekinumab)

Checkliste zu Handen Versicherung

Limitatio (Auszug Plaque-Psoriasis): Behandlung erwachsener Patienten und Kindern ab 6 Jahren mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen eine Phototherapie oder eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 28-wöchiger Behandlung kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.

Personalien Patientin/Patient:

Name: Vorname: Geb. Datum:

Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Stelara® wird für die Behandlung der schweren Plaque-Psoriasis angewendet (PASI oder BSA und/oder DLQI sind für die Definition einer schweren Plaque-Psoriasis ausschlaggebend. Es liegt vor:

DLQI > 10 PASI > 10 BSA > 10

oder

Vorhandensein spezieller Manifestationen (Spezielle Manifestationen bei einem Patienten mit einem milden Befall können zu einer schweren Klassifizierung führen):

Befall von Gesicht Befall der Kopfhaut Befall der Genitalien Starker Juckreiz

Befall der Hände, Finger und/oder Nägel Hartnäckige Plaques

Bisherige Therapie(n) (Zutreffendes bitte ankreuzen): Phototherapie Ciclosporin Methotrexat Acitretin

Anti-TNFa, welche:

Geplanter Beginn der Therapie mit Stelara® (MM/JJJJ):

Ergänzungen/Bemerkungen:

Anfragender Arzt/Ärztin

Fachärztin/Facharzt für Dermatologie Universitätsklinik/Poliklinik

Name: Vorname:

Strasse: PLZ: Ort:

Tel. Fax: E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: