

Strattera® (Atomoxetin)

Mitteilung an die Krankenversicherung zur Medikamentenabgabe von Strattera®

Hiermit bestätigt die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt die Abgabe von Strattera® (Atomoxetin) gemäss untenstehenden Angaben.

Personalien Patient(in):

Name: Vorname: Geb.-Dat.:

Strasse: PLZ: Ort:

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer: Fax-Nr.:

Zum Präparat: Strattera® 10 mg 18 mg 25 mg 40 mg 60 mg

Limitatio: Nur zur second-line Behandlung des ADHS, d.h. bei Unverträglichkeit, Kontraindikation oder nicht Ansprechen von Methylphenidat bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen im Rahmen eines umfassenden Behandlungsprogramms. Wenn Patienten über 1 Jahr hinaus behandelt werden, so hat eine erneute Überprüfung der Behandlungsnotwendigkeit durch einen Arzt zu erfolgen, der über das notwendige Fachwissen in der Behandlung des ADHS verfügt.

Verschreibung infolge von:

- Nichtansprechen auf Methylphenidat
- Kontraindikation auf Methylphenidat (z.B. schwere Depression, ausgeprägte Angst- und Spannungszustände sowie ausgeprägte Agitiertheit, Tourette Syndrom)

Anderes, nämlich:

Bemerkungen:

Arzt/Ärztin:

Name: Vorname:

Adresse: Adresszusatz:

PLZ: Ort: Tel.:

Fax: E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum:

Stempel/Unterschrift:.....