

Tymlos® (Abaloparatid)

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Limitatio (Auszug): Die Therapie bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Verschreibung von TYMLOS darf nur von:

- einem Facharzt für Endokrinologie oder
- einem Facharzt für Rheumatologie oder
- einem Facharzt eines anderen FMH-Spezialgebiets vorgenommen werden, der in einer auf die Behandlung von Knochenerkrankungen spezialisierten Abteilung eines der in diesem Bereich anerkannten Spitalzentrum tätig ist (Spitäler/Institute der Kategorie A, B und C gemäss der Liste der Weiterbildungsstätten der FMH (<http://www.siwf-register.ch>) und/oder über ein FLS (Fracture Liaison Services) verfügt).

Personalien Patientin:

Name:	Vorname:	Geb.-Dat.:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse:	Adresszusatz:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ:	Ort:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:	
<input type="text"/>	
Adresse Versicherer:	Adresszusatz:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ:	Ort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Diagnose/medizinische Daten:

Es handelt sich um eine postmenopausale Patientin mit Osteoporose und einem der drei folgenden Frakturrisikoprofile

- einem unmittelbaren/imminenten Frakturrisiko** gemäss den SVGO-Empfehlungen 2020, d.h. eine Vorgeschichte einer typischen osteoporotischen Fraktur (Major Osteoporotic Fracture; MOF - Wirbel, Hüfte, Becken oder Humerus), innerhalb der letzten 24 Monate, **in Verbindung mit einem T-Score ≤ -3.5** (gemessen an der Wirbelsäule oder Hüfte)
- oder
- einem sehr hohen Frakturrisiko** gemäss den SVGO-Empfehlungen 2020, d.h. die 10-Jahres Wahrscheinlichkeit einer MOF, bewertet mittels FRAX-Tools muss altersunabhängig mindestens 20% über der Behandlungsschwelle liegen
- oder
- einer Vorgeschichte **von mindestens zwei typischen osteoporotischen Frakturen.**

Bemerkungen, Ergänzungen:

Ärztin/Arzt:

Name:	Vorname:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Strasse:	PLZ:	Ort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel.	Fax:	E-Mail:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
bei Spital zusätzlich Name des Spitals:	Abteilung:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Datum:		
<input type="text"/>		