

Aimovig® (Erenumab)

Kostengutsprache gesuch

Limitatio: siehe [Spezialitätenliste](#)

Personalien Patient(in):

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Geschlecht:

 ♀ ♂

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):

Erstverschreibung **Rückfall nach über 6 Monaten nach Absetzen der Therapie**

Patientin/Patient leidet seit ≥ 1 Jahr an Migräne

Es handelt sich um eine chronische *oder* episodische Migräne mit folgender Ausprägung:

Chronische Migräne (mind. 15 Migränetage pro Monat von unbehandelt mind. 4h/Tag)

Episodische Migräne (mind. 8 Migränetage pro Monat von unbehandelt mind. 4h/Tag) und eines oder mehrere der folgenden Symptome:

Aura starke Schmerzintensität kombiniert mit starker Übelkeit/Erbrechen

Starke Schmerzintensität kombiniert mit Photophobie oder Phonophobie

Die Baseline von mind. 15 resp. 8 Migränetagen pro Monat, und die Dauer der Migräne von unbehandelt mindestens 4 h/Tag sind lückenlos über mind. 3 Monate dokumentiert. Sofern gewünscht, kann die Dokumentation (Migränetagebuch) einverlangt werden.

Die nachfolgenden Vortherapien (mindestens 2) wurden durchgeführt, wurden aber infolge unzureichendem Ansprechen oder belegten, klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen bzw. konnten nicht weitergeführt werden - oder - bei allen drei Wirkstoffklassen liegt eine Kontraindikation vor. Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an:

	Unzureichendes Ansprechen* (mind. 2)	Kontraindikation (alle 3)	Unverträglichkeit (mind. 2)
<input type="checkbox"/> Betablocker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kalziumantagonist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antikonvulsivum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Ein unzureichendes Ansprechen gilt als belegt, wenn nach dreimonatiger Behandlung keine Reduktion der Migränetage um mindestens 50% gegenüber Therapiebeginn erzielt wurde.

Geplanter Therapiebeginn mit Aimovig:

Verlaufskontrolle nach 6 Monaten

Therapiebeginn:

Neurologische Untersuchung:

Die durchschnittliche Anzahl der Migränetage ist:

Um mind. 50% reduziert. Fortführung der Therapie

Weniger als 50% reduziert. Therapieabbruch.

Das Migränetagebuch:

liegt bei

kann angefordert werden

Wiederaufnahme/Rückfall innerhalb von 6 Monaten nach Therapieabsetzung

Beginn der letzten Behandlung (MM/JJJJ):

bis (MM/JJJJ):

Gemäss Migränetagebuch liegen in der Zeit von:

bis (MM/JJJJ):

Migränetage vor. (Limitatio-Bedingung: mindestens 8 Migränetagen innerhalb von 30 Tagen)

Das Migränetagebuch:

liegt bei

kann angefordert werden

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Tel.:

E-Mail:

bei Spital, Name des Spitals:

Klinik oder Abteilung:

Datum: