

AJOVY® (Fremanezumab) Kostengutsprachege such

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 Therapieunterbruch**

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) oder

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

Aura Starke Schmerzintensität mit starker Übelkeit/Erbrechen

Starke Schmerzintensität 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 (Kopfschmerz-Tagebuch) angefordert werden.

Es wurden mindestens 2 Therapien mit den nachfolgenden Wirkstoffklassen durchgeführt, aber aufgrund von unzureichendem Ansprechen oder Kontraindikationen# oder aufgrund von belegten, klinisch relevanten Nebenwirkungen# abgebrochen. Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an:

	Unzureichendes Ansprechen*	Kontraindikation	Unverträglichkeit
<input type="checkbox"/> Betablocker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antikonvulsivum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Trizyklisches Antidepressivum (Amitriptylin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kalziumantagonist	<input type="checkbox"/>		

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

Geplanter Therapiebeginn mit AJOVY®:

Verlaufskontrolle nach 6 Monaten

Therapiebeginn: Neurologische Untersuchung:

Die durchschnittliche Anzahl der Migränetage ist: Um mind. 50% reduziert. Fortführung der Therapie
 Weniger als 50% reduziert. Die Therapie wird abgebrochen

Das Kopfschmerz-Tagebuch: liegt bei kann angefordert werden

Wiederaufnahme/Rückfall innerhalb von 6 Monaten nach Therapieunterbruch

Beginn der letzten Behandlung (MM/JJJJ): bis (MM/JJJJ):

Gemäss Kopfschmerz-Tagebuch liegen in der Zeit von: bis (MM/JJJJ):

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

Das Kopfschmerz-Tagebuch: 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:

Limitatio (Auszug): Befristete Limitation bis 31.07.2027.

Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Erteilung der Kostengutsprache hat eine Dauer von 12 Monaten abzudecken. Die Diagnosestellung, die Verordnung von AJOVY und die Verlaufskontrolle darf ausschliesslich durch einen Facharzt FMH der Neurologie erfolgen.

Vollständige Limitatio siehe auch [Spezialitätenliste](#)