

AMGEVITA® (Adalimumab)

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

(für Morbus Crohn bei erwachsenen und pädiatrischen Patienten sowie Colitis Ulcerosa, nicht für alle anderen Indikationen)

Es betrifft: Morbus Crohn Colitis Ulcerosa

Limitatio (Auszug, betreffend Morbus Crohn): Behandlung erwachsener und pädiatrischer Patienten mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Infliximab ansprechen oder dieses nicht vertragen. Nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie bedarf die Behandlung einer erneuten Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Limitatio (Auszug betreffend moderate bis schwere Colitis Ulcerosa): Moderate bis schwere Colitis ulcerosa: Behandlung erwachsener Patienten mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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: Bisherige Therapien (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Prednison, Prednisolon Methotrexat Sulfasalazin/Mesalazin
 Hydrokortison Azathioprin, 6-Mercaptopurin Budesonide
 Remicade® (Infliximab) primäre Ernährungstherapie (bei pädiatrischem Morbus Crohn)
 andere, nämlich:

bisheriger Verlauf:

Grund für Wechsel zu AMGEVITA®: Nicht Ansprechen Unverträglichkeit/Kontraindikation

Beginn der Therapie mit AMGEVITA®: (Monat/Jahr)

Arztin/Arzt:

Name: Vorname:

Strasse: PLZ: Ort:

Tel. Fax: E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: