

APO-go Inj Lös 30 mg/3 ml Pen® (Apomorphini hydrochloridum hemihydricum)

Kostengutsprache gesuch z. H. des Vertrauensarztes

Limitatio: Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur subkutanen Bedarfsbehandlung von Parkinson-Patienten mit motorischen On-Off-Fluktuationen zusätzlich zur oralen Therapie, um die tägliche Off-Dauer zu verkürzen.

Die Patienten müssen in der Lage sein, den Beginn ihrer Off-Symptome selber zu erkennen und die Selbstverabreichung mit dem Pen vorzunehmen bzw. eine Betreuungsperson zur Verfügung haben, die dazu in der Lage ist.

Die Verordnung und die Überwachung der Therapie darf ausschliesslich durch einen in der Behandlung der Parkinson'schen Krankheit erfahrenen Facharzt der Neurologie erfolgen.

Personalien Patientin/Patient:

Name: Vorname: Geb. Datum:

Geschlecht: ♀ ♂ Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Medizinische Daten

Patientin/Patient ist an Morbus Parkinson erkrankt mit motorischen On-Off-Fluktuationen trotz individuell eingestellter oraler Therapie.

Beantragt wird zusätzlich zur oralen Therapie eine APO-go Inj Lös. 30 mg/3 ml Pen.

Angaben zur aktuellen medikamentösen, oralen Therapie in Bezug auf die On-Off-Fluktuation:

Kann die Patientin/der Patient den Beginn der Off-Symptome selbst erkennen? Ja Nein

Kann die Patientin/der Patient die Selbstverabreichung mit dem Pen durchführen oder steht eine Betreuungsperson zur Verfügung? Ja Nein

Bemerkungen, Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin

Ist Fachärztin/Facharzt für Neurologie mit Erfahrung in der Parkinson-Therapie.

Name: Vorname:

Strasse: PLZ: Ort:

Tel. Fax: E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: