

Apremilast-Mepha® (Apremilast)

Information an die Krankenkasse – Start einer Apremilast-Mepha® Therapie innerhalb der Limitatio

Limitatio (Auszug Psoriasis-Arthritis): Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis als Monotherapie oder in Kombination mit DMARDs (z. Bsp. Methotrexat), wenn das Ansprechen auf eine vorhergehende Therapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzureichend gewesen ist. OTEZLA darf nicht in Kombination mit Biologika zu Lasten der OKP verordnet werden.

Die Verschreibung von Apremilast-Mepha® für die folgenden Behandlungen kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder Rheumatologie oder dermatologische bzw. rheumatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.

Personalien Patient(in):

Name: Vorname: Geb. Datum:

Geschlecht: ♀ ♂ Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt): Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Apremilast-Mepha® wird für die Behandlung der aktiven Psoriasis Arthritis angewendet.

Bisherige Therapien oder Kontraindikationen für andere Therapien:

Zutreffendes bitte ankreuzen	Ungenügende Wirksamkeit	Nebenwirkungen	Kontraindikationen
NSAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methotrexat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciclosporin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leflunomid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sulfasalazine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere, nämlich: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ergänzungen/Bemerkungen:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name: Vorname:

Strasse: PLZ: Ort:

Tel. Fax: E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: