

# Besremi® (Ropeginterferon alfa-2b)

Kostengutsprache gesuch zu Handen des Vertrauensarztes

Limitatio siehe Spezialitätenliste unter [www.spezialitaetenliste.ch](http://www.spezialitaetenliste.ch)

## Personalien Patient(in):

Name:  Vorname:  Geb. Datum:

Geschlecht:  ♀  ♂ Strasse:  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

Krankenversicherer:  Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt):  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

## Diagnose:

Patientin/Patient ist an einer Polycythaemia vera erkrankt ohne symptomatische Splenomegalie und mit Indikation zur zytoreduktiven Therapie.

Indikation zur zytoreduktiven Therapie:

High Risk Status gemäss WHO Guidelines (Alter >60 oder Anamnese mit kardiovaskulärem Ereignis).

Schlechte Toleranz oder geringes Ansprechen auf Phlebotomie

Voranschreitende Splenomegalie (asymptomatisch)

Thrombozyten >1000 x 10<sup>9</sup>/L / Leukozyten > 10x 10<sup>9</sup>/L Hämoglobin:

Hämatokrit:  Leukozyten:  Thrombozyten:

JAK2V617F durch Gentest nachgewiesen:  Ja  Nein

Zur bisherigen Therapie: Was wurde bislang gemacht (inkl. Zeitraum und Angaben zur Wirkung):

Bemerkungen/Ergänzungen:

## Anfragender Arzt/Ärztin:

Name:  Vorname:

Adresse:  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:  Tel.:

Fax:  E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:  Abteilung:

Datum: