

Besremi® (Ropeginterferon alfa-2b)

Kostengutsprache gesuch zu Handen des Vertrauensarztes

Limitatio siehe Spezialitätenliste unter 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 10⁹/L / Leukozyten > 10x 10⁹/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: