

Bimzelx® (Bimekizumab 160 mg)**Checkliste zu Händen des Vertrauensarztes**

Limitatio: Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis in einer Dosierung von 320 mg in Woche 0, 4, 8, 12, 16 und danach alle 8 Wochen, bei denen eine Phototherapie oder eine der folgenden konventionellen systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben.

Falls nach 16-wöchiger Behandlung kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abubrechen.

Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische 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:

Medizinische Daten:

Patientin/Patient ist an einer schweren Plaque-Psoriasis erkrankt. Geplant ist eine Behandlung mit Bimzelx® gemäss Limitatio (320 mg in Woche 0, 4, 8, 12, 16 und danach alle 8 Wochen)

Bisherige Therapien oder Kontraindikationen für andere Therapien:

Zutreffendes bitte ankreuzen	Ungenügende Wirksamkeit	Nebenwirkungen	Kontraindikationen
Phototherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acitretin	<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"/>
Andere, nämlich: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ergänzungen/Bemerkungen:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Fachärztin/Facharzt für Dermatologie dermatologische Universitäts/Poliklinik

Name: Vorname:

Strasse: PLZ: Ort:

Tel. Fax: E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: