

Cosentyx® (Secukinumabum)

Kostengutsprachegesuch

Zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit aktiver mittelschwerer bis schwerer Hidradenitis suppurativa (HS) / Acne inversa, nicht für andere Indikationen

Limitatio (Auszug aus der [Spezialitätenliste](#)): Die Verschreibung von COSENTYX in der Indikation Hidradenitis suppurativa kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.

In der Erhaltungstherapie, anschliessend an die 5 wöchentlichen Initialdosen, wird ausschliesslich das monatliche Dosierungsintervall vergütet. In der Indikation Hidradenitis suppurativa werden ausschliesslich die Packungen COSENTYX zu 300 mg oder zu 150 mg 2 Stück vergütet.

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit aktiver mittelschwerer bis schwerer Hidradenitis suppurativa, die unzureichend auf eine systemische Antibiotikatherapie angesprochen haben. Bei Patienten, die nach 16 Wochen kein Ansprechen nach HiSCR von mindestens 50% zeigen, ist die Behandlung abzubrechen. Nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie bedarf die Behandlung einer erneuten Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

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 (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):

Diagnose: Die Patientin/der Patient leidet an einer aktiven mittelschweren bis schweren HS

Bisherige Therapien:

Systemische Antibiotika andere

Die bisherige Behandlung zeigte keinen therapeutischen Erfolg Es lagen Kontraindikationen/Unverträglichkeiten vor

Geplanter Beginn der Behandlung mit Cosentyx:

Bemerkungen / bisheriger Verlauf und aktueller Therapiestand:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name: Vorname:

Adresse: Adresszusatz:

PLZ: Ort: Tel.:

Fax: E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: