

# Cosentyx® (Secukinumabum)

## Kostengutsprachegesuch

Zur Behandlung von erwachsenen Patienten und Kindern ab 6 Jahren mit schwerer Plaque-Psoriasis, nicht für andere Indikationen

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

Behandlung erwachsener Patienten und Kindern ab 6 Jahren mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen eine Phototherapie oder eine der folgenden konventionellen systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 12 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Nach erfolgten Startdosen in den Wochen 0, 1, 2, 3 und 4 wird pro Verabreichung eine maximale Dosis von 300 mg pro Monat vergütet.

### 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 schweren Plaque-Psoriasis

Bisherige Therapien:

UVB  PUVA

oder eine der drei folgenden systemischen Therapien:

Ciclosporin  Methotrexat  Acitretin

Die bisherige Behandlung zeigte keinen therapeutischen Erfolg  Es lagen Unverträglichkeiten vor

Geplanter Beginn der Behandlung mit Cosentyx:

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: