

**Cuvitru® (Immunoglobulinum humanum normale)****Kostengutsprachegesuchs-Formular****Zum Kostengutsprache-Gesuch: Beantragt wird Cuvitru® inklusive MiGeL 03. Applikationshilfen:**

Infusionspumpe für die subkutane Immunglobulin-Heim-Therapie (03.06.01.00.1), Infusionsset (03.07.15.05.1), Reservoir (03.06.10.05.1)

**Limitatio:** Zur Behandlung des Antikörpermangelsyndroms. Nach Kostengutsprache des Krankenversicherers.**Personalien Patient(in):**

Name:	Vorname:	Geb. Datum:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂		Strasse: _____
		Adresszusatz: _____
PLZ:	Ort:	
Krankenversicherer:		Versicherten-Nr.:
Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt):		Adresszusatz:
PLZ:	Ort:	

**Medizinische Daten:**

- Patientin/Patient leidet an einem Antikörpermangelsyndrom. Beantragt wird die Kostenübernahme für eine Langzeittherapie mit Cuvitru®.

Es liegt vor:

- Primäres Immundefektsyndrom mit eingeschränkter Antikörperbildung.
- Sekundäre Immunmangelkrankheit (SID) bei Patienten, die an schweren oder rezidivierenden Infektionen leiden, oder bei denen eine antimikrobielle Behandlung unwirksam ist und die entweder ein nachgewiesenes Versagen von spezifischen Antikörpern (PSAF, proven specific antibody failure)\* oder einen Serum-IgG-Spiegel < 4 g/l aufweisen.

Dosierung:	Gewicht (kg):	_____	Dosierung (in Gramm pro kg Körpergewicht):	_____		
Intervall:	<input type="checkbox"/> alle	_____	Tag	<input type="checkbox"/> alle	_____	Wochen
	<input type="checkbox"/> anderer, nämlich:	_____				

Geplante Dauer bis Evaluation des Ansprechens (in Wochen): \_\_\_\_\_

Bemerkungen/Ergänzungen:  
\_\_\_\_\_**Anfragender Arzt/Ärztin:**

Name:	Vorname:
Adresse:	Adresszusatz:
PLZ:	Ort:
Fax:	E-Mail:
bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:	
Abteilung:	
Datum:	