

Zum Kostengutssprache-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 Kostengutssprache des Krankenversicherers.

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 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:

☐

alle

Tage

☐

alle

Wochen

☐

anderer, nämlich:

Geplante Dauer bis Evaluation des Ansprechens (in Wochen):

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name:

Vorname:

Adresse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: