

Kostengutsprachegesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Von Swissmedic zugelassene Indikation: Dacogen ist für die Behandlung erwachsener Patienten mit akuter myeloischer Leukämie (AML) indiziert, für welche eine intensive Chemotherapie und/oder Stammzelltransplantation nicht in Frage kommen.

Personalien Patient(in):

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.:

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ

Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt)

Adresszusatz:

PLZ

Ort:

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):☐**Verschreibung innerhalb Indikation: Ich beantrage eine Kostengusprache für DACOGEN®****Bemerkungen, zusätzliche Informationen:**☐**Verschreibung ausserhalb Indikation als Off-Label-Use (Art. 71 KVV)****Diagnose** (ausschliesslich für Vertrauensarzt bestimmt):**Begründung und Erläuterung der Indikationsstellung für DACOGEN®****Hinweise auf die Wissenschaftlichkeit der vorgesehenen Behandlung (aktuelle Studienlage):**

Bitte legen Sie eine Liste mit massgeblichen Titel und Links der Ihnen bekannten Studien (oder zumindest Abstracts) bei.

Anfragender Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum:.....

Stempel/Unterschrift:.....