

Limitatio

DYSPORT wird vergütet zur symptomatischen Behandlung von

- Blepharospasmus, Spasmus hemifacialis,
- Torticollis spasticus,
- fokaler Spastik der oberen und unteren Extremitäten bei Erwachsenen (max. 4 Behandlungen pro Jahr),
- Spitzfussstellung bei Kindern ab 2 Jahren.

Personallen Patientin/Patient:

Name: Vorname: Geb. Datum:

Geschlecht: ♀ ♂ Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Medizinische Daten:

Patientin/Patient leidet an:

- Blepharospasmus, Spasmus hemifacialis,
- Torticollis spasticus
- fokaler Spastik der oberen und unteren Extremitäten bei Erwachsenen (max. 4 Behandlungen pro Jahr),
- Spitzfussstellung bei Kindern ab 2 Jahren.

Geplanter Beginn der Therapie mit Dysport® (MM/JJJJ):

Bemerkungen, Ergänzungen:

Anfragende(r) Ärztin/Arzt

Name: Vorname:

Strasse: PLZ: Ort:

Tel. Fax: E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: