

Ebglyss® (Lebrikizumab)

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Limitatio siehe Spezialitätenliste (www.spezialitaetenliste.ch)

Personalien Patient(in):

Name:

Vorname:

Geb. Datum

Geschlecht:

☐ ♀☐ ♂

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt):

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Diagnose:

☐

Patientin/Patient ist an einer schweren atopischen Dermatitis erkrankt.

☐

IGA 4

oder

☐

SCORAD > 50

oder

☐

EASI ≥ 21.1

Zur Vorbehandlung: Die Indikation für eine Systemtherapie ist gegeben, wenn aus den 3 folgenden Kategorien jeweils mindestens ein Kriterium zutrifft.

Topische Therapie:

Intensivierte Lokalbehandlung mit verschreibungspflichtigen topischen Therapien (topische Kortikoide und/oder Calcineurninhibitoren)

☐

Unzureichend angesprochen während mindestens einem Monat

☐

Therapie kontraindiziert

☐

Aufgrund von klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen

Phototherapie:

☐

Nicht verfügbar

☐

Nicht angezeigt/kontraindiziert

☐

Unzureichend angesprochen während mindestens einem Monat

☐

Aufgrund von klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen

Systemtherapie:

Systemische Behandlung mit einem konventionellen Immunsuppressivum (ausgenommen systemische Kortikoide)

☐

Unzureichend angesprochen während mindestens einem Monat

☐

Therapie kontraindiziert

☐

Aufgrund von klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name:

Vorname:

Adresse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: