Elvanse® (Lisdexamphetamin-Dimesylat)

Mitteilung an die Krankenversicherung zur Medikamentenabgabe von Elvanse®

Limitatio: Kinder und Jugendliche: Nur zur second-line Behandlung des ADHS, d.h. bei Unverträglichkeit, Kontraindikation oder nicht Ansprechen von Methylphenidat im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie. Wenn Patienten über 1 Jahr hinaus behandelt werden, so hat eine erneute Überprüfung der Behandlungsnotwendigkeit durch einen Facharzt der Psychiatrie und Psychotherapie oder Pädiatrie mit Spezialisierung auf Behandlung des ADHS zu erfolgen.

Erwachsene: Nur zur second-line Behandlung des ADHS, d.h. bei Unverträglichkeit, Kontraindikation oder nicht Ansprechen von Methylphenidat im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie. Die Diagnosestellung und initiale Verordnung hat durch einen Facharzt der Psychiatrie und Psychotherapie oder Pädiatrie mit Spezialisierung auf Behandlung des ADHS zu erfolgen. Die Diagnose hat anhand der Kriterien resp. Richtlinien der Fachinformation zu erfolgen. Bei Erwachsenen müssen entsprechende Symptome bereits in der Kindheit bestanden haben. Wenn Patienten über 1 Jahr hinaus behandelt werden, so hat eine erneute Überprüfung der Behandlungsnotwendigkeit durch einen Facharzt der Psychiatrie und Psychotherapie oder Pädiatrie mit Spezialisierung auf Behandlung des ADHS zu erfolgen.

Personalien Patie Name:	ent(in):		Vorname:			Geb. Datum
Tamo.			Vorrigino.			Oob. Batam
Geschlecht:	Strasse:			Δ	dresszusatz:	
	Oli dosc.				ui C332u3ui2.	
PLZ:	Ort:					
Krankenversiche	rer:		Vei	rsicherte	n-Nr.:	
Adresse Versicher	er (VAD oder Vertrau	ensarzt):	Adı	resszusa	ıtz:	
PLZ:	Ort:					
Verschreibung (E	osieruna):					
Grund der Behan	dlung mit Elvanse®					
Unverträ	aglichkeit, Kontraindik	ation oder nicht Ar	nsprechen von N	/lethylph	enidat	
D-:	a la ann all com ac maile N A a tha d	abaaldat Diaaa a	-f-1t	-4/1-1>		L.:
Bei vorgangiger B	ehandlung mit Methyl	pnenidat. Diese ei	Toigte von (ivion	at/Janr)		bis
Zur therapeutische	en Gesamtstrategie.	Die Behandlung b	einhaltet zusät z	zlich folg	gende Massnahmen:	:
Ergänzungen/Bem	nerkungen:					
Anfragender Arzt	:/Ärztin:					
Name:			Voi	rname:		
Strasse:			PLZ:	0	ort:	
Ollasse.			LZ.	Ĕ	16.	
				Ĺ		
Tel.		Fax:		, <u>E</u>	-Mail:	
bei Spital zusätzlich	ch Name des Spitals:		Ab	teilung:		
Datum:						
I						