

# Enbrel® (Etanerceptum)

## Kostengutsprache gesuch z. H. des Vertrauensarztes

Für aktive rheumatoide Arthritis, aktive juvenile chronische Arthritis mit polyartikulärem Verlauf, Psoriasis-Arthritis oder Morbus Bechterew, nicht für andere Indikationen. Es betrifft :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aktive rheumatoide Arthritis | <input type="checkbox"/> Aktive juvenile chronische Arthritis mit polyartikulärem Verlauf |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis-Arthritis          | <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew   |

### Limitatio (Auszug aus der SL):

Die Behandlung mit ENBREL bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

### Rheumatoide Arthritis, aktive juvenile chronische Arthritis mit polyartikulärem Verlauf und Psoriasis Arthritis

Behandlung der aktiven rheumatoiden Arthritis, der aktiven juvenilen chronischen Arthritis mit polyartikulärem Verlauf und Psoriasis Arthritis, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war.

### Morbus Bechterew (Ankylosierende Spondylitis)

Behandlung des Morbus Bechterew, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war.

### Personalien Patient:

Name:  Vorname:  Geb. Datum

Geschlecht:  ♀  ♂ Strasse:  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

### Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

### Medizinische Daten. Bisherige Therapien:

Bisherige Therapie(n) (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- NSAR  Kortikosteroide  DMARDs, welche:

Geplanter Beginn der Behandlung mit Enbrel:

Bisheriger Verlauf inkl. Beschreibung allfälliger Unverträglichkeiten:

### Anfragender Arzt/Ärztin

Name:  Vorname:

Strasse:  PLZ:  Ort:

Tel.  Fax:  E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:  Abteilung:

Datum: