

Hukyndra® (Adalimumab)

Kostengutsprachegesuch, 1. Verschreibung

(für **Hidradenitis suppurativa**, nicht für alle anderen Indikationen)

Limitatio (Auszug): Die Behandlung mit HUKYNDRA bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Verschreibung von HUKYNDRA für die folgenden Behandlungen kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/ Polikliniken erfolgen.

Aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa): Behandlung erwachsener Patienten, wenn die vorausgegangene systemische Therapie mit Antibiotika unzulänglich war. Bei Patienten, die nach 12 Wochen kein Ansprechen nach HiSCR von mindestens 50% zeigen, ist die Behandlung abzubrechen. Nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie bedarf die Behandlung einer erneuten Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Personalien Patientin/Patient:

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Geschlecht:

 ♀ ♂

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt): Bisherige Therapien

Es handelt sich um eine aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa)

Stets auszufüllen: Bisheriger Verlauf, Beschreibung der vorausgegangenen systemischen Therapie mit Antibiotika und Erläuterung, weshalb diese unzulänglich war:

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

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name:

Vorname:

Adresse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: