

# Hukyndra® (Adalimumab)

## Kostengutsprache gesuch z. H. des Vertrauensarztes

Für rheumatoide Arthritis, polyartikuläre juvenile Arthritis, Psoriasis-Arthritis, Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew), nicht für andere Indikationen. Es betrifft:

- |                                                |                                                                        |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis | <input type="checkbox"/> polyartikuläre juvenile Arthritis             |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis-Arthritis   | <input type="checkbox"/> Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew) |

### Limitatio (Auszug aus der [Spezialitätenliste](#)):

**Aktive rheumatoide Arthritis:** Behandlung mit HUKYNDRA, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war. **Aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis bei Kindern und Jugendlichen ab einem Körpergewicht von  $\geq 30$  kg:** Behandlung mit Hukyndra, wenn die vorausgegangene Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war. **Psoriasis-Arthritis:** Behandlung mit HUKYNDRA, wenn die vorausgegangene Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war. **Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew):** Behandlung mit Hukyndra, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

### Personalien 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:

Bisherige Therapie(n) (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- NSAR  Kortikosteroide  DMARDs, welche:

Geplanter Beginn der Behandlung mit Hukyndra:

### 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: