

(für rheumatoide Arthritis, Psoriasis-Arthritis oder Morbus Bechterew, nicht für alle anderen Indikationen). Es betrifft:

☐ Rheumatoide Arthritis ☐ Psoriasis-Arthritis ☐ Morbus Bechterew

Limitatio: (Auszug)

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

Vorgängige Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers.

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

Vorgängige Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers.

Personalien Patient(in):

Name:

Vorname:

Geb. Datum

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt)

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):

Verschreibung innerhalb Limitatio: Ich beantrage eine Kostengutsprache für Humira® aus folgendem Grund:

Bisherige Therapien (Zutreffendes bitte ankreuzen):

☐

NSAR

☐

Kortikosteroide

☐

DMARDs, welche:

Bisheriger Verlauf:

Anfragender Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

Datum:.....

Stempel/Unterschrift:.....