

HyQvia® (Immunglobulin humanum normale)

Kostengutsprache gesuch zu Handen des Vertrauensarztes

Antrag auf Kostengutsprache für HyQvia® (Immunglobulin ex Plasma humano).

Zum Kostengutsprache-Gesuch: Beantragt wird HyQvia® inklusive MiGeL 03. Applikationshilfen: Infusionspumpe tragbar (03.06.01.00.1) für die subkutane Immunglobulin-Heim-Therapie, Infusionsset, Reservoir

Limitatio: Substitutionstherapie bei Erwachsenen mit primären Immundefektsyndromen wie:

- Angeborener Agammaglobulinämie und Hypogammaglobulinämie
 - Allgemeinen variablen Immundefekten (Common variable immunodeficiency, CVID)
 - Schwere kombinierten Immundefekten
 - IgG-Subklassen-Mangel mit rezidivierenden bakteriellen Infekten
- bei denen die Behandlung mit IVIg oder SCIG ohne rekombinante humane Hyaluronidase (rHuPH20) nachweislich:
- nicht toleriert wird **oder**
 - aufgrund von schlechtem Venenzugang nicht möglich ist **oder**
 - mit Indurationen und gesteigertem Schmerzempfinden der Haut als Folge häufigen Stechens verbunden ist.
- Nach Kostengutsprache des Krankenversicherers.

Personalien Patient(in):

Name: Vorname: Geb. Datum:

Geschlecht: ♀ ♂ Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt): Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Medizinische Daten:

Patientin/Patient leidet an einem Antikörpermangelsyndrom. Beantragt wird die Kostenübernahme für eine Langzeitprophylaxe mit HyQvia®

Es liegt vor:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Primärer Immundefekt | <input type="checkbox"/> Angeborene Agammaglobulinämie und Hypogammaglobulinämie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Allgemeiner variabler Immundefekt (common variable immunodeficiency (CVID)) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Schwere kombinierter Immundefekt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> IgG-Subklassen-Mangel mit rezidivierenden bakteriellen Infekten |

HyQvia ist zur Behandlung dieses/r Patienten/in indiziert, weil eine Therapie mit IVIg oder SCIG ohne Hyaluronidase (rHuPH20):

- Nachweislich nicht toleriert wird aufgrund von eingeschränktem Venenzugang nicht möglich ist
- mit Indurationen und gesteigertem Schmerzempfinden der Haut als Folge häufigen Stechens verbunden ist

Erläuterungen hierzu:

Dosierung:

Gewicht (kg): Dosierung in g pro kg Körpergewicht:

Intervall: 1x Wochen Anderes, nämlich:

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name:

Vorname:

Adresse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum:

Siehe auch [Spezialitätenliste](#)