

Antrag auf Kostengutsprache für HyQvia® (Immunglobulin humanum normale).

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: Zur Behandlung des Antikörpermangelsyndroms. 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:

Primäres Immundefektsyndrom mit unzureichender Antikörperbildung.

Sekundärer Immundefekt (SID) bei Patienten, die an schweren oder rezidivierenden Infektionen leiden, oder bei denen eine antimikrobielle Behandlung unwirksam ist und die entweder ein nachgewiesenes Versagen von spezifischen Antikörpern (PSAF, proven specific antibody failure)* oder einen Serum-IgG-Spiegel < 4 g/l aufweisen.

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: