

Hyrimoz® (Adalimumab 40 mg)

Kostengutsprache gesuch zu Handen des Vertrauensarztes

(für Morbus Crohn bei erwachsenen und pädiatrischen Patienten sowie Colitis Ulcerosa, nicht für alle anderen Indikationen)

Es betrifft: **Morbus Crohn** **Colitis Ulcerosa**

Limitatio (Auszug betreffend Morbus Crohn): Aktiver Morbus Crohn: Behandlung erwachsener Patienten mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Remicade ansprechen oder dieses nicht vertragen. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes sowie erneute Kostengutsprache nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie..

Limitatio (Auszug betreffend moderate bis schwere Colitis Ulcerosa): Moderate bis schwere Colitis ulcerosa: Behandlung erwachsener Patienten mit HYRIMOZ, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. ([Link SL](#)).

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 (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prednison, Prednisolon | <input type="checkbox"/> Methotrexat | <input type="checkbox"/> Sulfasalazin/Mesalazin |
| <input type="checkbox"/> Hydrokortison | <input type="checkbox"/> Azathioprin, 6-Mercaptopurin | <input type="checkbox"/> Budesonide |
| <input type="checkbox"/> Remicade® (Infliximab) | <input type="checkbox"/> primäre Ernährungstherapie (bei pädiatrischem Morbus Crohn) | |
| <input type="checkbox"/> andere, nämlich: | <input type="text"/> | |

bisheriger Verlauf:

Grund für Wechsel zu Hyrimoz®: Nicht Ansprechen Unverträglichkeit/Kontraindikation

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

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name: Vorname:

Adresse: Adresszusatz:

PLZ: Ort: Tel.:

Fax: E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: