

Hyrimoz® (Adalimumab 40 mg)

Kostengutsprachegesuch

Für Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, nicht für alle anderen Indikationen

Limitatio (Auszug): Schwere Plaque-Psoriasis: Behandlung erwachsener Patienten, bei denen UVB und PUVA oder eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 12 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/ Polikliniken erfolgen. ([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:

Bisherige Therapie(n) (Zutreffendes bitte ankreuzen): UVB/PUVA Ciclosporin Methotrexat Acitretin

Anti-TNFa, welche:

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

Bisheriger Verlauf inkl. Beschreibung allfälliger Unverträglichkeiten:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name: Vorname:

Adresse: Adresszusatz:

PLZ: Ort: Tel.:

Fax: E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: