

**Imraldi® (Adalimumab)****Kostengutsprachegesuch, 1. Verschreibung**(für **Hidradenitis suppurativa**, nicht für alle anderen Indikationen)

**Limitatio (Auszug, betreffend Hidradenitis suppurativa (Acne inversa):** Aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa): Behandlung erwachsener Patienten, wenn die vorausgegangene systemische Therapie mit Antibiotika unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Bei Patienten, die nach 12 Wochen kein Ansprechen nach HiSCR von mindestens 50% zeigen, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/ Polikliniken erfolgen. Eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie. (Link SL).

**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)**

Es handelt sich um eine aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa)

Zur Vorbehandlung:

Welches Medikament inkl. Dosis?	von (MM/JJJJ)	bis (MM/JJJJ)	Angaben zur Wirkung:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Bemerkungen/Ergänzungen:

**Anfragender Arzt/Ärztin:**

Facharzttitel FMH:   
 Name:  Vorname:   
 Strasse:  PLZ:  Ort:   
 Tel.  Fax:  E-Mail:   
 bei Spital zusätzlich Name des Spitals:  Abteilung:

Datum: