

Inflectra® (Infliximab)**Kostengutsprachegesuch zH. des Vertrauensarztes**

Für Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa, nicht für alle anderen Indikationen. Es betrifft:

 Morbus Crohn
 Colitis Ulcerosa
Limitatio (Auszug aus der Spezialitätenliste):**Austausch Referenzpräparat/Biosimilar**

Die Behandlung mit INFLECTRA bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Für die Behandlung mit INFLECTRA ist keine neue Kostengutsprache nötig, wenn in derselben Indikation bereits eine Kostengutsprache für das Referenzpräparat oder ein anderes Biosimilar besteht.

Behandlung von Patienten mit aktivem Morbus Crohn, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin, Steroiden) unzulänglich war. Moderate bis schwere Colitis ulcerosa: Behandlung erwachsener Patienten mit Inflectra, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde.

Personalien Patient(in):
 Name: Vorname: Geb.-Dat.:

 Strasse: Adresszusatz:

 PLZ: Ort:

 Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

 Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): Adresszusatz:

 PLZ: Ort:
Medizinische Daten:**Angaben zur vorausgegangene Therapie**
Bei Morbus Crohn:
 Azathioprin
 6-Mercaptopurin
 Steroide
 andere, nämlich:
Bei Colitis Ulcerosa:
 Azathioprin
 6-Mercaptopurin
 Glukokortikoiden
 andere, nämlich:
Beginn der Therapie mit Inflectra® (TT/MM/JJJJ)

In beiden Indikationen, bisheriger Verlauf:

Ärztin/Arzt:
 Name: Vorname:

 Strasse: PLZ: Ort:

 Tel. Fax: E-Mail:

 Bei Spital, Name des Spitals: Abteilung:

 Datum: