

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

Für rheumatoide Arthritis, Psoriasis-Arthritis oder Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew), nicht für alle anderen Indikationen.
Es betrifft:

- Rheumatoide Arthritis Psoriasis-Arthritis Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew)

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 der aktiven rheumatoiden Arthritis, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war. Behandlung des Morbus Bechterew, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war. Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis 1.) nur in Kombination mit Methotrexat, bei Versagen von mindestens zwei krankheitsmodifizierenden DMARD inklusive Methotrexat und 2.) nach Versagen der Kombinationen Methotrexat/ Etanercept oder Methotrexat/ Adalimumab.

Personalien Patient(in):

Name: Vorname: Geb.-Dat.:
 Strasse: Adresszusatz:
 PLZ: Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:
 Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): Adresszusatz:
 PLZ: Ort:

Medizinische Daten (ausschliesslich für Vertrauensarzt bestimmt): Bisherige Therapien:

NSAR, welche Steroide
 Methotrexat Methotrexat/Etanercept Methotrexat/Adalimumab
 andere DMARDs, welche:
 Anti-TNF alpha, welches:
 andere, nämlich:

Bisheriger Verlauf/Bemerkungen:**Ärztin/Arzt:**

Name: Vorname:
 Strasse: PLZ: Ort:
 Tel. Fax: E-Mail:
 Bei Spital, Name des Spitals: Abteilung:
 Datum: