

Invokana® (Canagliflozin)

Vokanamet® (Canagliflozin/Metformin)

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes (Geplante Kombinationstherapie mit einem Antidiabetikum, welches Kostengutsprache durch den Krankenversicherer bedingt)

Invokana® Limitatio: Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, wenn durch Diät und gesteigerte körperliche Aktivität keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird. Als Monotherapie bei Patienten, die nicht mit Metformin behandelt werden können. In Kombination mit Metformin, mit einem Sulfonylharnstoff (mit oder ohne Metformin) oder mit Insulin (mit oder ohne Metformin), wenn mit diesen Behandlungen keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird. Kombinationstherapien mit weiteren Antidiabetika bedürfen der vorgängigen Gutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Vokanamet® Limitatio: Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus. Für Patienten, welche mit den bisherigen oralen Therapien nur ungenügend eingestellt werden können oder diese nicht vertragen. In Kombination mit einem Sulfonylharnstoff oder Insulin, wenn durch die maximal tolerierte Dosis an Metformin und Sulfonylharnstoff oder Insulin keine ausreichende Kontrolle der Glykämie erreicht wird. Für Patienten, die bereits mit Canagliflozin und Metformin als separate Tabletten behandelt werden. Kombinationstherapien mit weiteren oralen Antidiabetika, ausser Sulfonylharnstoffen, bedürfen der besonderen Gutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Personalien 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):

Grösse (cm): Gewicht (kg): Blutdruck (mm Hg):

Puls (1/min): Typ-2-Diabetes diagnostiziert (Mt/Jahr):

Aktuelle Medikation zur Behandlung des Typ-2-Diabetes (Medikation/seit wann):

HbA_{1c} aktuell: FPG: PPG:

Volumenstatus: eGFR (ml/min/1.73m²) oder Creatinin Clearance:

Ich beantrage Kostengutsprache für die Kombinationstherapie mit (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Invokana®** 100 mg 300 mg
- Vokanamet®** 50/850mg 50/1000mg 150/850mg 150/1000mg **gemeinsam mit:**
- DPP-4_Inhibitor Produkt:
- GLP-1-Analoga Produkt:
- Glinide Produkt:
- a-Glucosidase-Inhibitor Produkt:
- Glitazone Produkt:

Begründung:

Ergänzungen/Bemerkungen:

Patientin/Patient führt aus beruflichen Gründen ein Fahrzeug Ja Nein

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name:

Vorname:

Adresse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum:..... Stempel/Unterschrift:.....