

# Kalydeco® (Ivacaftor)

## Kostengutsprache gesuch zu Händen Vertrauensärztin/Vertrauensarzt

Limitatio: siehe Spezialitätenliste

Beantragt wird beziehungsweise werden

Filmtabletten (bei Kindern ab 6 Jahren möglich)

Granulat (bei Kindern ab 4 Monaten möglich)

### Personalien Patientin/Patient

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Geschlecht:

 ♀ ♂

Gewicht

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

### Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):

Bei der genannten Patientin/Patienten liegt eine zystische Fibrose vor.

Folgende Mutationen im *CFTR*-Gen liegen vor:

*G551D*

*G1244E*

*G1349D*

*G178R*

*G551S*

*S1251N*

*S1255 P*

*S549N*

*S549R*

*R117H*

Zum Beginn der Therapie mit Kalydeco®:

Therapie startet neu am (MM/JJJJ):

Therapie läuft bereits seit (MM/JJJJ):

Bemerkungen/Ergänzungen:

### Anfragender Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum:

Siehe auch [SL](#)