

Lucentis® (Ranibizumab)

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Limitatio, siehe [Spezialitätenliste](#)

Personalien Patient(in):

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):

- Hiermit bestätigt die unten aufgeführte Klinikärztin beziehungsweise der unten aufgeführte Klinikarzt, die durch die Klinik/das Zentrum erfolgte Diagnosestellung bei obgenannter(m) Patientin/Patienten:
- exsudative (feuchte) altersbezogene Makuladegeneration (AMD)
- Visusverlust durch ein diabetisches Makulaödem (DME)
- Behandlung eines Visusverlustes durch ein Makulaödem infolge eines retinalen Venenverschlusses RVO (retinaler Venenastverschluss BRVO und retinaler Zentralvenenverschluss CRVO)
- Visusverlust durch choroidale Neovaskularisation (CNV) infolge einer pathologischen Myopie (PM), (myope CNV, mCNV)
- In allen Indikationen: die Behandlung wird gleichzeitig an beiden Augen der Patientin beziehungsweise des Patienten durchgeführt.

Datum Diagnose erstes Auge: Datum Diagnose Partnerauge:

Bestätigende qualifizierte(r) Ärztin/ Arzt des A/B/C-Klinik/Zentrums:

Name: Vorname:

Tel. direkt: E-Mail:

A. Bei Behandlung in Klinik (in welcher die/der die Diagnose bestätigende Ärztin/Arzt tätig ist):

- Die Behandlung wird in folgender Klinik durchgeführt:

Name der Klinik/des Zentrums: Adresse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Es handelt sich um eine Zentrum/Klinik mit folgender Qualifikation (gemäss Liste der Weiterbildungszentren der FMH (<http://www.siwf-register.ch>):

- A-Klinik/Zentrum B-Klinik/Zentrum C-Klinik/Zentrum

B. Bei Behandlung durch niedergelassenen Ophthalmologen:

- Behandlung durch niedergelassenen Ophthalmologen: Die obige Klinik bestätigt, die Erstuntersuchung oder die Bestätigung der Diagnose durchgeführt zu haben (Ausnahmeregelung gemäss Limitatio).

Koordinaten des Ophthalmologen:

Name, Vorname: Adresse: Adresszusatz:

PLZ, Ort: E-Mail: Tel.:

Datum: