

# 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: