

Nexviadyme® (Avalglucosidasum alfa 100mg)**Verlängerungsgesuch**

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Limitatio siehe SL**Personalien Patient(in):**

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Geschlecht:

 ♀ ♂

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Beginn der Behandlung mit Nexviadyme (TT/MMMM/JJJJ):

Beilage zum Gesuch (Auszug aus Limitatio):

Die Verlängerung der Kostengutsprache um weitere 12 Monate beantragt der behandelnde Arzt beim Krankenversicherer. Der Krankenversicherer konsultiert vor dem Entscheid über die Kostengutsprache den Vertrauensarzt. Dieser erhält vom behandelnden Arzt eine signierte und datierte Zusammenfassung der Beurteilungsparameter der letzten drei Untersuchungstermine. Die Prüfung der Kostengutsprache soll innerhalb von 20 Arbeitstagen geschehen. Damit soll sichergestellt werden, dass die Therapiekontinuität der Patienten gesichert ist. Anmerkung: Bei unvollständiger Dokumentation kann die Bearbeitungsfrist von 20 Tagen nicht eingehalten werden.

- Die geforderte Zusammenfassung (Muskeltest, Gehetest, Lungenfunktion) liegt bei, es hat sich keine Verschlechterung um mehr als 10% in zwei der drei Untersuchungskategorien eingestellt.
- Weder die geforderten Haupt-, noch die Nebenkriterien reichen für eine Beurteilung aus. Beantragt wird im Sinne einer Ausnahme die weitere Kostengutsprache aufgrund einer Plausibilitätskontrolle. Diese wird insgesamt positiv beurteilt (siehe Bemerkungen). Die Werte der geforderten Plausibilitätskriterien liegen bei.

Bemerkungen:**Arztin/Arzt**

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: