

**Otezla® (Apremilast)**

**Checkliste zu Handen Versicherung**

**Limitatio (Auszug Morbus Behçet):** Zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit persistierenden, Morbus Behçet assoziierten oralen Ulcera, welche in den letzten 12 Monaten mindestens dreimal aufgetreten sind, trotz einer systemischen Therapie mit Colchicin oder in ausgewählten Fällen mit Azathioprin, Thalidomid, Interferon-alpha oder TNF-alpha Inhibitoren oder bei denen diese Therapien nachgewiesenermaßen kontraindiziert sind oder aufgrund von nachgewiesenen klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen werden mussten. Nicht in Kombination mit diesen Therapien. Ausgeschlossen von der Vergütung sind Patienten, bei denen Beteiligungen der Hauptorgane oder des Gefäß- und Nervensystems die Einleitung einer anderen systemischen Therapie mit Immunosuppressiva / Immunomodulatoren innerhalb der letzten 12 Monate nötig machten. Falls nach 12 Wochen Behandlung mit Otezla kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, d.h. eine klinisch relevante Reduktion der Anzahl oraler Ulcera, ist die Behandlung abzubrechen.

**Personalien Patient(in):**

Name:  Vorname:  Geb. Datum:

Geschlecht:  ♀  ♂ Strasse:  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

**Krankenversicherer:**  Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt):  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

- Otezla® wird für die Behandlung persistierender, mit Morbus Behçet assoziierter oraler Ulcera angewendet (in den letzten 12 Monaten mind. 3 Mal aufgetreten)
- Es liegt keine Beteiligung der Hauptorgane oder des Gefäß- und Nervensystems vor, welche eine Einleitung einer Therapie mit Immunosuppressiva / Immunomodulatoren in den letzten 12 Monaten nötig machten

**Bisherige Therapien oder Kontraindikationen für andere Therapien:**

Zutreffendes bitte ankreuzen	Ungenügende Wirksamkeit	Nebenwirkungen	Kontraindikationen
Colchizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Azathioprin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thalidomid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interferon-alpha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TNF-alpha Inhibitoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ergänzungen/Bemerkungen:**

**Anfragender Arzt/Ärztin:**

Name:  Vorname:

Strasse:  PLZ:  Ort:

Tel.  Fax:  E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:  Abteilung:

Datum:

(Siehe auch [Spezialitätenliste](#))