## Simponi® (Golimumab)

## Kostengutsprachegesuch z. H. des Vertrauensarztes

für Colitis Ulcerosa, nicht für alle anderen Indikationen.

Limitatio (Auszug aus der <u>Spezialitätenliste</u>):
Moderate bis schwere Colitis ulcerosa: Behandlung erwachsener Patienten mit SIMPONI, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Die Therapie bedarf einer Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Krankenversicherer:  Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt)  Adresszusatz:  PLZ:  Ort:  Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt): Angaben zur vorausgegangenen Therapie  Bei Collits Ulcerosa  S-Aminosalizsäure-Präparate  Corticosteroide  Immunsuppressiva (Azathioprin oder 6-Mercaptopurin)  Beginn der Therapie mit Simponi®: (Monat/Jahr)  Bisheriger Verlauf:  Arzt/Ārztin: Name:  Vorname:  Strasse:  PLZ:  Ort:	Name:		Vorname	Vorname:	
Krankenversicherer:  Krankenversicherer:  Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt)  PLZ:  Ort:  Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):  Angaben zur vorausgegangenen Therapie  Bei Colitis Ulcerosa  S-Aminosalizsäure-Präparate  Corticosteroide  Immunsuppressiva (Azathioprin oder 6-Mercaptopurin)  andere, nämlich:  Beginn der Therapie mit Simponi®: (Monat/Jahr)  Bisheriger Verlauf:  Arzt/Ärztin: Name:  Vorname:  Strasse:  PLZ:  Ort:  Tel.  Fax:  Fax:  Fax:  F-Mail:	Strasse:		Adresszu	ısatz.	
Krankenversicherer:  Adresses Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt)  Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt): Angaben zur vorausgegangenen Therapie Bei Colitis Ulcerosa	Oli d35C.		Auresszu	our.	
Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt)  PLZ: Ort:    Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt): Angaben zur vorausgegangenen Therapie Bei Colltis Ulcerosa	PLZ: Ort:				
Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt)  PLZ: Ort:    Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt): Angaben zur vorausgegangenen Therapie Bei Colltis Ulcerosa					
Medizinische Daten (ausschillesslich für den Vertrauensarzt bestimmt): Angaben zur vorausgegangenen Therapie Bei Colitis Ulcerosa	Krankenversicherer:		Versicher	ten-Nr.:	
Medizinische Daten (ausschillesslich für den Vertrauensarzt bestimmt): Angaben zur vorausgegangenen Therapie Bei Colitis Ulcerosa					
Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt): Angaben zur vorausgegangenen Therapie Bei Colitis Ulcerosa	Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrau	uensarzt)	Adresszu	satz:	
Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt): Angaben zur vorausgegangenen Therapie Bei Colitis Ulcerosa					
Bei Colitis Ulcerosa    5-Aminosalizsăure-Prăparate   Corticosteroide   Immunsuppressiva (Azathioprin oder 6-Mercaptopurin)   andere, nâmlich:   Beginn der Therapie mit Simponi®: (Monat/Jahr)   Bisheriger Verlauf:    ArztiĀrztin: Name:   Vorname:   Vorname:   Strasse:   PLZ: Ort:   E-Mail:   E-M	PLZ: Ort:				
Bei Colitis Ulcerosa    5-Aminosalizsăure-Prăparate   Corticosteroide   Immunsuppressiva (Azathioprin oder 6-Mercaptopurin)   andere, nâmlich:   Beginn der Therapie mit Simponi®: (Monat/Jahr)   Bisheriger Verlauf:    ArztiĀrztin: Name:   Vorname:   Vorname:   Strasse:   PLZ: Ort:   E-Mail:   E-M					
Corticosteroide   Immunsuppressiva (Azathioprin oder 6-Mercaptopurin)   Immunsuppressiva (Azathioprin	Medizinische Daten (ausschliesslich	n für den Vertrauensa	arzt bestimmt):	Angaben zur vorausge	gangenen Therapie
Immunsuppressiva (Azathioprin oder 6-Mercaptopurin)  andere, nämlich:  Beginn der Therapie mit Simponi®: (Monat/Jahr)  Bisheriger Verlauf:  Arzt/Ärztin: Name:  Vorname:  Strasse:  PLZ: Ort:  Tel. Fax: E-Mail:	Bei Colitis Ulcerosa	5-Aminosa	alizsäure-Präparate		
Immunsuppressiva (Azathioprin oder 6-Mercaptopurin)  andere, nämlich:  Beginn der Therapie mit Simponi®: (Monat/Jahr)  Bisheriger Verlauf:  Arzt/Ärztin: Name:  Vorname:  Strasse:  PLZ: Ort:  Tel.  Fax:  E-Mail:		Corticosteroide			
Arzt/Ārztin: Name:  Strasse:  PLZ:  Ort:  Tel.  Fax:  E-Mail:				nin adau C Managatan min	,
Beginn der Therapie mit Simponi®: (Monat/Jahr)  Bisheriger Verlauf:  Arzt/Ärztin: Name:  Vorname:  Strasse:  PLZ:  Ort:  Tel.  Fax:  E-Mail:		immunsup	ppressiva (Azatniop	rın oder 6-ivlercaptopurin,	)
Beginn der Therapie mit Simponi®: (Monat/Jahr)  Bisheriger Verlauf:  Arzt/Ärztin: Name:  Vorname:  Strasse:  PLZ:  Ort:  Tel.  Fax:  E-Mail:	andere nämlich:				
Bisheriger Verlauf:  Arzt/Ärztin: Name: Vorname: Strasse: PLZ: Ort: Tel. Fax: E-Mail:	andere, namici.				
Bisheriger Verlauf:  Arzt/Ärztin: Name: Vorname: Strasse: PLZ: Ort: Tel. Fax: E-Mail:	Beginn der Therapie mit Simponi®	(Monat/Jahr)			
Arzt/Ärztin: Name: Vorname: Strasse: PLZ: Ort: Tel. Fax: E-Mail:		(Monacoam)			
Name:  Strasse:  PLZ:  Ort:  Tel.  Fax:  E-Mail:					
Strasse: PLZ: Ort:  Tel. Fax: E-Mail:			Vorname		
Tel. Fax: E-Mail:			OTTAINE		
Tel. Fax: E-Mail:	Strasse:		PLZ:	Ort:	
bei Spital zusätzlich Name des Spitals:  Abteilung:	Tel.	Fax:		E-Mail:	
bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:					
			Abteilung	<u>:</u>	
Datum:	Datum:				

Seite 1 simponi\_cu\_d\_5