

# Slenyto® (Melatonin Retardtabletten)

## Kostengutsprache gesuch z. H. des Vertrauensarztes

**Limitatio:** Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Verlängerung der Schlafdauer und/oder Verkürzung der Einschlafzeit bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 2–18 Jahren mit **Autismus-Spektrum-Störung (ASS)** und/oder **Smith-Magenis-Syndrom (SMS)** mit Schlafstörungen (**Insomnie**), wenn Schlafhygienemassnahmen unzureichend waren. Nicht in Kombination mit anderen schlaffördernden Arzneimitteln.

Das Gesuch um Kostengutsprache muss eine dokumentierte Diagnose einer ASS oder eines SMS enthalten sowie ein Schlafhygienemassnahmenprotokoll, das über 14 Tage durchgeführt wurde und das dokumentiert einen unzureichenden Erfolg brachte. Die Dokumentation der ASS-Diagnose umfasst entweder mindestens folgende Unterlagen:

- Name des spezialisierten Zentrums oder des spezialisierten Facharztes, der die Diagnose gestellt hat.
  - Art der validierten diagnostischen Beobachtungsskala, die bei der Abklärung angewendet wurde (ADI, ADOS oder andere medizinisch geeignete Skalen) sowie das numerische Ergebnis auf der Skala.
  - Art der autistischen Eigenschaften, die aus der Abklärung hervorgegangen sind.
- oder eine Bestätigung der Invalidenversicherung (Ziffer 405).

Die Verschreibung darf ausschliesslich durch Fachärzte der Kinder- und Jugendmedizin oder durch Fachärzte der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgen.

Der Versicherer kann alle 6 Monate einen Nachweis des Therapieerfolgs verlangen.

### Personalien Patientin/Patient:

Name:  Vorname:  Geb. Datum:

Geschlecht:  ♀  ♂ Strasse:  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

Krankenversicherer:  Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt):  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

### Medizinische Daten:

Patientin/Patient leidet an einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS) und/oder einem Smith-Magenis-Syndrom (SMS) mit Schlafstörungen (Insomnie).

Schlafhygienemassnahmen wurden über mindestens 14 Tage protokolliert.

Die **ASS-Diagnose** wurde durch folgendes spezialisiertes Zentrum respektive die Fachärztin oder Facharzt gestellt:

Name/Adresse/PLZ, Ort

Bei der Abklärung wurde folgende, validierte Beobachtungsskala angewendet:

ADOS, Resultat:  Andere Skala, Resultat:

Art der autistischen Eigenschaften, die aus der Abklärung hervorgegangen sind (Hauptgruppen):

Probleme der Kommunikation, Sprache und sozialen Interaktion

Repetitive, stereotype, eingeschränkte Verhaltensweisen und Interessen

Sensorische Überempfindlichkeiten

Patientin/Patient leidet an folgender Ausprägung der Insomnie:

Einschlafstörung  Durchschlafstörung  Lange Wachphasen

Sehr frühes Erwachen  Deutliche Beeinträchtigung am Tag

Ist eine Anmeldung bei der IV erfolgt?

Ja  Nein  Die Anmeldung ist bei der IV pendent, es geht um eine Vorleistung seitens Krankenversicherung

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragender Ärztin/Arzt

Ich bin Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Ich bin Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Name:

Vorname:

Adresse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: