

Soliris® (Eculizumab)

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Für die Behandlung von Erwachsenen mit einer Neuromyelitis-optica-Spektrumerkrankungen (NMOSD), die positiv für Anti-Aquaporin-4(AQP4)-Antikörper sind und einen schubförmigen Krankheitsverlauf zeigen (siehe „Eigenschaften/Wirkungen“).
Nicht für andere Indikationen.

Personalien Patientin/Patient

Name: Vorname: Geb. Datum

Geschlecht: ♀ ♂ Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Medizinische Daten

Patientin/Patient leidet an einer Neuromyelitis-optica-Spektrumerkrankungen (NMOSD), die positiv für Anti-Aquaporin-4(AQP4)-Antikörper sind und einen schubförmigen Krankheitsverlauf zeigen

Es handelt sich um:

Erstverschreibung Verlaufskontrolle nach Monaten

Bisherige Therapien: Von (MM/JJJJ): Bis (MM/JJJJ): Angaben zur Wirkung:

Bisherige Therapien: Von (MM/JJJJ): Bis (MM/JJJJ): Angaben zur Wirkung:

Bisherige Therapien: Von (MM/JJJJ): Bis (MM/JJJJ): Angaben zur Wirkung:

Bisherige Therapien: Von (MM/JJJJ): Bis (MM/JJJJ): Angaben zur Wirkung:

Bisherige Therapien: Von (MM/JJJJ): Bis (MM/JJJJ): Angaben zur Wirkung:

Sofern weitere Vortherapien, bitte hier ergänzen:

Anzahl Rückfälle in den letzten 24 Monaten

Beschreibung der Rückfälle:

Bemerkungen/Ergänzungen:

Begründung der Therapiewahl mit Soliris (da nicht in der Spezialitätenliste). Bitte auch entsprechende Literatur beilegen):

Anfragender Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

Datum: