

Limitatio (befristet bis 30.06.2029): siehe auch [Spezialitätenliste](#)

Indikationscode: 20697.01

Personalien Patient(in):

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Geschlecht:

☐ ♀ ☐ ♂

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ

Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):

Adresszusatz:

PLZ

Ort:

Medizinische Daten:

Ein spezifischer Antrag für Verlängerung der Behandlung nach 12 Monaten ist vom behandelnden Arzt zu erstellen und dem Vertrauensarzt des Krankenversicherers erneut vorzulegen.

Beginn der Behandlung mit Spinraza:

Beurteilung der Körperfunktionen des Patienten, gemessen durch die folgenden Instrumente:

		Vorletzte Messung:	Letzte Messung:	Kommentar:
☐	CHOP-INTEND			
☐	HFMS			
☐	HFMSE			
☐	RULM			
☐	6MWT			
☐	Lunge (VC, FEV1)			

Lagen zu einem Zeitpunkt Abbruchgründe für die Behandlung mit Spinraza gemäss den vom BAG festgehaltenen Limitatiogründen vor:

☐ Ja ☐ Nein☐ Hiermit beantragt der behandelnde Arzt, die Therapie mit Spinraza für ein **weiteres Jahr** fortzuführen

Bemerkungen, Ergänzungen:

Arzt/Ärztin:

Name:

Vorname:

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ

Ort:

Tel.:

E-Mail:

bei Spital, Name des Spitals:

Klinik oder Abteilung:

Datum: