

# Symdeko® (Tezacaftor und Ivacaftor)

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Limitatio: siehe [SL](#)

## Personalien Patient:

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Geschlecht:

 ♀  ♂

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

## Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

## Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):

Beim genannten Patienten liegt eine cystische Fibrose vor. Ebenso liegt ein Nachweis einer der folgenden Mutationen im CFTR-Gen vor:

*F508del/F508del*

*F508del/A455E*

*F508del/D1152H*

*F508del/D579G*

*F508del/L206W*

*F508del/P67L*

*F508del/R1070W*

*F508del/R117C*

*F508del/R352Q*

*F508del/S945L*

*F508del/S977F*

*F508del/2789+5G->A*

*F508del/3272-26A->G*

*F508del/3849+10kbC->T*

*F508del/711+3A->G*

Aktueller Zustand (mindestens 1 Kriterium muss zutreffen):

FEV1 <90% vor Behandlungsbeginn

mehrmalige pulmonale Exazerbationen pro Jahr

regelmässige Antibiotikabehandlung

mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesene Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn

Bestätigung:

Diätberatung vor Therapiebeginn und bestehende sowie fortzusetzende Atemphysiotherapie plus Inhalationstherapie

Dokumentation des Therapieverlaufs im europäischen CF-Register

Zum Beginn der Therapie mit Symdeko:

Therapie startet neu am (MM/JJJJ):

Therapie läuft bereits seit (MM/JJJJ):

Bemerkungen/Ergänzungen:

## Anfragender Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: