

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: