

Synagis® (Palivizumab)

Kostengutsprache gesuch zu Handen des Vertrauensarztes

Limitatio: Kinder bis zum Alter von einem Jahr mit vorbestehender und bereits behandelter broncho-pulmonaler Dysplasie (BPD). Frühgeburten, welche bei Beginn der Respiratory Syncytial Virus (RSV)-Saison höchstens 6 Monate alt sind.
Kinder bis zu einem Alter von 2 Jahren mit hämodynamisch signifikanter, angeborener Herzerkrankung. Verordnung nur durch den Kinderkardiologen.

Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Krankenversicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes.

Personalien Patient(in):

Name:

Vorname:

Geb.-Dat. (TT/MM/JJJJ)

Grösse (cm)

Gewicht (g):

Strasse:

PLZ:

Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (vertrauensärztlicher Dienst oder VA)

Fax-Nr.:

I. Indikation (Verschreibung innerhalb der Limitatio):

- Frühgeborenes, das bei Beginn der RSV-Saison höchstens 6 Monate alt ist
- Kind bis zum Alter von 1 Jahr mit vorbestehender und bereits behandelter broncho-pulmonaler Dysplasie (BPD)
- Kind bis zu einem Alter von 2 Jahren mit hämodynamisch signifikanter, angeborener Herzerkrankung.

Bemerkungen:

II. Beginn der Behandlung mit Synagis® (Mt/Jahr)

III. Arzt/Ärztin:

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum:..... Stempel/Unterschrift:.....