

Limitatio: Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder Rheumatologie oder dermatologische oder rheumatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.

Plaque-Psoriasis: Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen eine Phototherapie oder eine der folgenden konventionellen systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 20 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: **20532.01**

Psoriasis-Arthritis: Alleine oder in Kombination mit konventionellen krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARD, disease-modifying anti-rheumatic drugs), zur Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis, die auf eine Behandlung mit einem oder mehreren DMARDs unzureichend angesprochen haben oder diese nicht vertragen haben.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: **20532.02**

Ankylosierende Spondylitis: Befristete Limitation bis 30.04.2026. Zur Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer, aktiver ankylosierender Spondylitis, die auf eine konventionelle Therapie (z.B. NSAIDs) unzureichend angesprochen haben oder diese nicht vertragen. Die Firma Eli Lilly (Suisse) SA erstattet dem Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezugs versichert war, auf dessen erste Aufforderung hin für jede zur Behandlung der ankylosierenden Spondylitis bezogenen Packung TALTZ einen Anteil von Fr. 203.45 pro Packung mit 1 Stk. zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Anteil des Fabrikabgabepreises zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll ab dem Zeitpunkt der Verabreichung erfolgen. Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: **20532.03**

Personalien Patientin/Patient:

Name:		Vorname:		Geb. Datum:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Strasse:		Adresszusatz:			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
PLZ:	Ort:	Krankenversicherer:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Versicherten-Nr.:		Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Adresszusatz:		PLZ:	Ort:		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt): Eine Kostengutsprache wird beantragt für:

<input type="text"/>	PASI:	<input type="text"/>	DLQI:	<input type="text"/>
Bisherige Therapie(n):	<input type="checkbox"/> UVB	<input type="checkbox"/> PUVA	<input type="checkbox"/> Ciclosporin	<input type="checkbox"/> Methotrexat
	<input type="checkbox"/> Acitretin	<input type="checkbox"/> Leflunomid	<input type="checkbox"/> Sulfasalazin	

Anderes, nämlich:

☐ Die bisherige Behandlung zeigte keinen therapeutischen Erfolg ☐ Es lagen Unverträglichkeiten vor

Kurzbeschreibung bisheriger Verlauf und aktueller Therapiestand:

Zur Therapie mit Taltz®:

☐ Monotherapie ☐ In Kombination mit folgenden DMARDs:

Anfragender Arzt/Ärztin

Name:		Vorname:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Strasse:	PLZ:	Ort:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Tel.	Fax:	E-Mail:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: