Testosteron-Mepha® (Testosteronundecanoat)

Kostengutsprache gesuch zu Handen des Vertrauensarztes

Limitatio: Primärer und sekundärer Hypogonadismus.

Kostenübernahme nur bei Vorliegen einer Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Für die Behandlung mit TESTOSTERON-MEPHA ist keine neue Kostengutsprache nötig, wenn in derselben Indikation bereits eine Kostengutsprache für das Originalpräparat oder ein anderes Generikum besteht.

Personalien Patient:

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

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):

a) **Diagnose:** Es handelt sich um einen **primären** **sekundären Hypogonadismus**

b) Bestimmung der Testosteronwerte*:

	Datum:	Wert Gesamt-Testosteronspiegel:	Wert freies Testosteron
Erste Messung:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zweite Messung:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Von einem Hypogonadismus kann ausgegangen werden bei einem Gesamt-Testosteronspiegel von <8nmol/l oder bei einem Gesamt-Testosteronspiegel von 8-11 nmol/l und freiem Testosteron <220pmol/l.

bisheriger Verlauf und Symptomatik:**Arzt/Ärztin:**

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Strasse:	<input type="text"/>	PLZ:	<input type="text"/>
		Ort:	<input type="text"/>
Tel.:	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>
		E-Mail:	<input type="text"/>
bei Spital zusätzlich Name des Spitals:	<input type="text"/>		Abteilung:
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>		