Trikafta® (Elexacaftor, Tezacaftor, Ivacaftor)

Limitatio: siehe Spezialitätenliste (Link).

Erstantrag für Kinder von 2-5 Jahren

Kostengutsprachegesuch zu Handen des Vertrauensarztes

Folgender Code ist an den Krankenvversicherer zu übermitteln: 21777.01

Personalien Patientin/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):

☐ Beir der genannten Patientin/Patienten liegt eine zystische Fibrose vor. Ebenso liegt ein Nachweis von mindestens einer *F508del*-Mutation im *CFTR*-Gen vor.

Die Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung erfolgen an folgendem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF (siehe auch Limitatio):

Name:

Ort:

☐ Dokumentation des Therapieverlaufs im europäischen CF-Register

Zum Beginn der Therapie mit Trikafta®:

☐ 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: