

Trikafta® (Elexacaftor, Tezacaftor, Ivacaftor)

Erstantrag für Kinder von 6 – 11 Jahren

Limitatio: siehe Spezialitätenliste ([Link](#)).

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Personalien Patientin/Patient

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21144.01

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):☐Bei 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: