

Trikafta® (Elexacaftor, Tezacaftor, Ivacaftor)

Kostengutsprache gesuch zu Handen des Vertrauensarztes

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

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

Aktueller Zustand (1 Kriterium von nachfolgenden 5 muss zutreffen):

- FEV1 <90% vor Behandlungsbeginn mehrmalige pulmonale Exazerbationen pro Jahr
- regelmässige Antibiotikabehandlung mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesene Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn
- Patient/Patientin wurde mehrere Monate mit KALYDECO, ORKAMBI oder SYMDEKO gemäss SL-Limitierung behandelt

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

Name:

Ort:

- Diätberatung vor Therapiebeginn und bestehende sowie fortzusetzende Atemphysiotherapie plus Inhalationstherapie

- 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: