## Velsipity® (Etrasimod)

## Kostengutsprachegesuch z. H. Vertrauensärztin/Vertrauensatz

Für Colitis Ulcerosa, für eine Weiterbehandlung nach 12 Monaten

Personalien Patientin/Patient Name:	Vorname:		Geb. Datum:
Geschlecht: Strasse:	Adressz	usatz:	
PLZ: Ort:			
5.1.			
Krankenversicherer:	Versiche	erten-Nr.:	
Traincriversioner.	Versiene	I CH-IVI	
Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):	Adressz	neotz.	
Auresse versicherer (VAD bzw. Vertrauerisarzt).	Auressz	usatz.	
PLZ: Ort:			
PLZ: Ort:			
Medizinische Daten:			
Patientin/Patient leidet an einer mässig bis schwe	eren aktiven Colitis I	Ulcerosa, die entweder auf eine	e herkömmliche Therapie
oder ein Biologikum unzureichend angesprochen	haben, nicht mehr	ansprechen oder diese nicht ve	ertragen.
Angaben zur Vorbehandlung:			
Welches Medikament inkl. Dosis? von (MM/JJJJ)	bis (MM/JJJJ)	Angaben zur Wirkung:	
Geplanter Beginn der Therapie mit Velsipity® (MM/JJJJ):			
Grund des Antrages: Weiterbehandlung > 12 Monate			
Begründung des Antrages:			
Anfragender Arzt/Ärztin			
Name:	Vorname	9:	
Strasse:	PLZ:	Ort:	
Tel. Fax:		E-Mail:	
bei Spital zusätzlich Name des Spitals:  Abteilung:			
Datum:			

Siehe auch <u>SL</u> Velsipity®\_d\_2