

Für **Colitis Ulcerosa**, für eine Weiterbehandlung nach 12 Monaten**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:☐

Patientin/Patient leidet an einer mässig bis schweren aktiven Colitis Ulcerosa, die entweder auf eine herkömmliche Therapie oder ein Biologikum unzureichend angesprochen haben, nicht mehr ansprechen oder diese nicht vertragen.

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:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: