

Personalien Patient(in):

Name: Vorname: Geb. Datum:

Geschlecht: ☐ ♀ ☐ ♂ Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:
Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): Adresszusatz:

PLZ: Ort:
Medizinische Daten:
☐ **Erstverschreibung** ☐ **Rückfall nach über 6 Monaten nach Therapieunterbruch**
☐ Patientin/Patient leidet seit ≥ 1 Jahr an Migräne

Es handelt sich um eine chronische **oder** episodische Migräne mit folgender Ausprägung:

- ☐ Chronische Migräne (mind. 15 Migränetage pro Monat und mind. 4h/Tag) **oder**
- ☐ Episodische Migräne (mind. 8 Migränetage pro Monat und mind. 4h/Tag) und eines oder mehrere der folgenden Symptome:
- ☐ Aura ☐ Starke Schmerzintensität mit starker Übelkeit/Erbrechen
- ☐ Starke Schmerzintensität mit Photophobie oder Phonophobie
- ☐ Die Baseline von mind. 15 resp. 8 Migränetagen pro Monat, und die Dauer der Migräne von unbehandelt mindestens 4 h/ Tag sind lückenlos über mind. 3 Monate dokumentiert. Sofern gewünscht, kann die Dokumentation (Kopfschmerz-Tagebuch) angefordert werden.

Die nachfolgenden Vortherapien (mindestens 2) wurden durchgeführt, wurden aber infolge unzureichendem Ansprechen oder belegten, klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen bzw. konnten nicht weitergeführt werden - oder - bei allen vier Wirkstoffklassen liegt eine Kontraindikation vor. Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an:

	Unzureichendes Ansprechen* (mind. 2)	Kontraindikation (alle 4)	Unverträglichkeit (mind. 2)
☐ Betablocker	☐	☐	☐
☐ Kalziumantagonist	☐	☐	☐
☐ Antikonvulsivum	☐	☐	☐
☐ Trizyklisches Antidepressivum (Amitriptylin)	☐	☐	☐

* Ein unzureichendes Ansprechen gilt als belegt, wenn nach dreimonatiger Behandlung keine Reduktion der Migränetage um mindestens 50% gegenüber Therapiebeginn erzielt wurde.

Geplanter Therapiebeginn mit Vyepti®:
☐ **Verlaufskontrolle nach 6 Monaten**

Therapiebeginn: Neurologische Untersuchung:

Die durchschnittliche Anzahl der Migränetage ist: ☐ Um mind. 50% reduziert. Fortführung der Therapie
☐ Weniger als 50% reduziert. Die Therapie wird abgebrochen

Das Kopfschmerz-Tagebuch: ☐ liegt bei ☐ kann angefordert werden

☐ **Wiederaufnahme/Rückfall innerhalb von 6 Monaten nach Therapieunterbruch**

Beginn der letzten Behandlung (MM/JJJJ): bis (MM/JJJJ):

Gemäss Kopfschmerz-Tagebuch liegen in der Zeit von: bis (MM/JJJJ):
☐ Migränetage vor. (Limitatio-Bedingung: mindestens 8 Migränetagen innerhalb von 30 Tagen)

Das Kopfschmerz-Tagebuch: ☐ liegt bei ☐ kann angefordert werden

Bemerkungen/Ergänzungen:

--

Anfragender Arzt/Ärztin

Name:

--

Vorname:

--

Strasse:

--

Adresszusatz:

--

PLZ:

--

Ort:

--

Tel.:

--

E-Mail:

--

bei Spital, Name des Spitals:

--

Klinik oder Abteilung:

--

Datum:

--

Limitatio (Auszug) (siehe auch [Spezialitätenliste](#)): Befristete Limitation bis 31.05.2027

Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Erteilung der Kostengutsprache hat eine Dauer von 12 Monaten abzudecken.

Vollständige Limitatio siehe auch [Spezialitätenliste](#)