Yorvipath® (palopegteriparatide)

Kostengutsprachegesuch zu Handen des Vertrauensarztes

Limitatio (Auszug): Die Behandlung mit YORVIPATH bedarf einer Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. YORVIPATH ist indiziert zur Behandlung des Hypoparathyreoidismus bei Erwachsenen.

Folgender Indikatoionscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: **21978.01**

Vollständige Limitatio siehe unter www.spezialitaetenliste.ch (Link hier)

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:

Diagnose gestellt (MM/JJJJ)

Zur Indikation (Voraussetzungen gemäss Limitatio): Hypoparathyreoidismus besteht seit mindestens 6 Monaten und Patient/Patientin erfüllt trotz optimierter konventioneller Behandlung mit Kalzium und aktivem Vitamin D **eines** der folgenden Kriterien:

- ☐ Häufige Fluktuationen des Kalziumspiegels oder symptomatische Hypokalzämien
- ☐ Hyperkalziurie (Kalzium-Ausscheidung > 7.5 mmol/24 Std. [300 mg/24 Std.] bei Männern, und > 6.25 mmol/24 Std. [250 mg/24 Std.] bei Frauen; oder > 0.1 mmol/kg/24 Std. [4 mg/kg/24 Std.] bei beiden Geschlechtern
- ☐ Durch Hypoparathyreoidismus bedingte Beeinträchtigung der Lebensqualität (mindestens einer der vier HPES-Impact-Subdomänen ≥40 (körperliche und/oder alltägliche Funktionen) oder HPQ28-Gesamtwert, der mindestens 20 % über dem geschlechts- und altersbereinigten Referenzwert liegt)
- ☐ Hyperphosphatämie ≥ 4.5 mg/dL oder 1.45 mmol/L

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragende/r Ärztin/Arzt

Name: | Vorname:

Strasse: | PLZ: | Ort:

Tel.: | Fax: | E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals: | Abteilung:

Datum: