

Zum Kostenguttsprache-Gesuch: Beantragt wird Cuvitru® inklusive MiGeL 03. Applikationshilfen: Infusionspumpe für die subkutane Immunglobulin-Heim-Therapie (03.06.01.00.1), Infusionsset (03.07.15.05.1), Reservoir (03.06.10.05.1)

Limitatio: Zur Behandlung des Antikörpermangelsyndroms. Nach Kostenguttsprache des Krankenversicherers.

Personalien Patient(in):

Name: Vorname: Geb. Datum:

Geschlecht: ♀ ♂ Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt): Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Medizinische Daten:

Es liegt ein Antikörpermangelsyndrom vor. aktueller Immunglobulin-Wert*:
 *Normwert IgG: 7-16g/L bei Erwachsenen

Zur Typisierung der Krankheit:

- Kongenitale Agammaglobulinämie
- Allgemeine, variable Immunmangelkrankheit
- Mangel der IgG-Subklasse mit rezidivierendem Infektionen
- Wiskott-Aldrich-Syndrom
- Kongenitale Hypogammaglobulinämie
- Schwere, kombinierte Immunmangelkrankheit
- Selektiver IgA-Mange möglich ist

Dosierung: Gewicht (kg): Dosierung (in Gramm pro kg Körpergewicht):

Intervall: alle Tage alle Wochen

anderer, nämlich:

Geplante Dauer bis Evaluation des Ansprechens (in Wochen):

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name: Vorname:

Adresse: Adresszusatz:

PLZ: Ort: Tel.:

Fax: E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: