

# Otezla® (Apremilast)

## Checkliste zu Handen Versicherung

**Limitatio (Auszug Plaque-Psoriasis):** Behandlung von erwachsenen Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen UVB und PUVA oder eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 24 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Nicht in Kombination mit Biologika. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder Rheumatologie oder dermatologische bzw. rheumatologische Universitätskliniken / Polikliniken erfolgen. (Siehe [Spezialitätenliste](#)).

### Personalien Patientin:

Name:	Vorname:	Geb. Datum:	Geschlecht:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> ♀ <input type="radio"/> ♂
Strasse:	Adresszusatz:	Grösse (cm):	Gewicht (kg):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ:	Ort:	<b>Krankenversicherer:</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Versicherten-Nr.:	Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Adresszusatz:	PLZ:	Ort:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**Otezla® wird für die Behandlung der schweren Plaque-Psoriasis angewendet** (PASI oder BSA und/oder DLQI sind für die Definition einer schweren Plaque-Psoriasis ausschlaggebend. Es liegt vor:

DLQI > 10                       PASI > 10                       BSA > 10

**Vorhandensein spezieller Manifestationen** (Spezielle Manifestationen bei einem Patienten mit einem milden Befall können zu einer schweren Klassifizierung führen):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Befall von gut sichtbaren Körperstellen                           | <input type="checkbox"/> Grossflächiger Befall der Kopfhaut                      |
| <input type="checkbox"/> Befall der Handflächen, Fusssohlen und Genitalien                 | <input type="checkbox"/> Starker Juckreiz, auf welchen mit Kratzen reagiert wird |
| <input type="checkbox"/> Onycholyse oder Onychodystrophie von mindestens zwei Fingernägeln | <input type="checkbox"/> Hartnäckige Plaques                                     |

### Bisherige Therapien oder Kontraindikationen für andere Therapien:

Zutreffendes bitte ankreuzen	Ungenügende Wirksamkeit	Nebenwirkungen	Kontraindikationen
Lichttherapie (UVB, PUVA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acitretin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methotrexat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciclosporin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere, nämlich: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ergänzungen/Bemerkungen:

### Arzt/Ärztin:

Name:	Vorname:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse:	PLZ:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel.:	Ort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fax:	E-Mail:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: