

Trikafta® (Elexacaftor, Tezacaftor, Ivacaftor)

Erstantrag für Kinder von 6 – 11 Jahren

Limitatio: siehe Spezialitätenliste ([Link](#)).

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

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 (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):

Bei der genannten Patientin/Patienten liegt eine zystische Fibrose vor. Ebenso liegt ein Nachweis von mindestens einer *F508del*-Mutation im *CFTR*-Gen vor.

Die Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung erfolgen an folgendem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF (siehe auch Limitatio):

Name: Ort:

Dokumentation des Therapieverlaufs im europäischen CF-Register

Zum Beginn der Therapie mit Trikafta®:

Therapie startet neu am (MM/JJJJ):

Therapie läuft bereits seit (MM/JJJJ):

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin

Name: Vorname:

Strasse: PLZ: Ort:

Tel. Fax: E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: