

Zytiga® (Abirateron)

Kostengutsprachegesuch zH. Vertrauensarzt

Limitatio (Auszug, betrifft die Indikationen, für welche eine vorgängige Kostengutsprache nötig ist):

Zur Behandlung in Kombination mit LHRH Agonisten und Prednison oder Prednisolon bei Patienten mit fortgeschrittenem metastasierendem Prostatakarzinom bei Progredienz nach Behandlung mit Docetaxel nach Kostengutsprache des Krankenversicherers und vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

Personalien Patient:

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>	Geb. Datum:	<input type="text"/>
Strasse:	<input type="text"/>	Adresszusatz:	<input type="text"/>		
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>		

Krankenversicherer:

<input type="text"/>	Versicherten-Nr.:	<input type="text"/>		
Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt)	Adresszusatz:	<input type="text"/>		
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>	

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):

Der geplante Zytiga®-Einsatz erfolgt:

- Zur Behandlung in Kombination mit LHRH Agonisten und Prednison oder Prednisolon bei Patienten mit fortgeschrittenem metastasierendem Prostatakarzinom bei Progredienz nach Behandlung mit Docetaxel

bisheriger Verlauf und aktueller Zustand:

Arzt/Ärztin:

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

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

<input type="text"/>	Abteilung:	<input type="text"/>
----------------------	------------	----------------------

Datum: