

# Hukyndra® (Adalimumab)

## Kostengutsprache gesuch zu Handen des Vertrauensarztes

(für Morbus Crohn bei erwachsenen Patienten sowie Colitis Ulcerosa, nicht für alle anderen Indikationen)

Es betrifft:  Morbus Crohn  Colitis Ulcerosa

**Limitatio (Auszug):** Die Behandlung mit HUKYNDRA bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**Aktiver Morbus Crohn:** Behandlung erwachsener Patienten mit HUKYNDRA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Infliximab ansprechen oder dieses nicht vertragen. Nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie bedarf die Behandlung einer erneuten Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**Moderate bis schwere Colitis Ulcerosa:** Behandlung erwachsener Patienten mit Hukyndra, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde.

### Personalien Patient(in):

Name:  Vorname:  Geb. Datum:

Geschlecht:  ♀  ♂ Strasse:  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

Krankenversicherer:  Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

### Medizinische Daten: Bisherige Therapien (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prednison, Prednisolon | <input type="checkbox"/> Methotrexat   | <input type="checkbox"/> Sulfasalazin/Mesalazin |
| <input type="checkbox"/> Hydrokortison          | <input type="checkbox"/> Azathioprin, 6-Mercaptopurin                                | <input type="checkbox"/> Budesonide             |
| <input type="checkbox"/> Remicade® (Infliximab) | <input type="checkbox"/> primäre Ernährungstherapie (bei pädiatrischem Morbus Crohn) |   |
| <input type="checkbox"/> andere, nämlich:       | <input type="text"/>   |   |

### bisheriger Verlauf:

Grund für Wechsel zu Hukyndra®:  Nicht Ansprechen  Unverträglichkeit/Kontraindikation

Beginn der Therapie mit Hukyndra®: (Monat/Jahr)

### Arztin/Arzt:

Name:  Vorname:

Strasse:  PLZ:  Ort:

Tel.  Fax:  E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:  Abteilung:

Datum: