

# Hyrimoz® (Adalimumab 40 mg)

## Kostengutsprachegesuch, Verlängerung

(für Hidradenitis suppurativa, nicht für alle anderen Indikationen)

**Limitatio (Auszug, betreffend Hidradenitis suppurativa (Acne inversa):** Aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa): Behandlung erwachsener Patienten, wenn die vorausgegangene systemische Therapie mit Antibiotika unzulänglich war. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Bei Patienten, die nach 12 Wochen kein Ansprechen nach HiSCR von mindestens 50% zeigen, ist die Behandlung abzubrechen. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/ Polikliniken erfolgen. Eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie. (Link SL).

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

Es handelt sich um eine aktive, mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (Acne inversa)

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

Beantragt wird die weitere Kostenübernahme für 52 Wochen bis: (Monat/Jahr)

### Stets auszufüllen: Bisheriger Verlauf und aktueller Therapiestand:

### Anfragender Arzt/Ärztin:

Name:  Vorname:

Adresse:  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:  Tel.:

Fax:  E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:  Abteilung:

Datum: