

Inflectra® (Infliximab)

Kostengutsprache gesuch zH. des Vertrauensarztes

Für Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, nicht für alle anderen Indikationen

Limitatio (Auszug aus der Spezialitätenliste): Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen 1.) UVB und PUVA oder 2.) eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) und 3.) eine TNF- alpha blockierende Substanz (z.B. Etanercept) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 14 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Die maximale Behandlungsdauer beträgt 1 Jahr. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes

Personalien Patient(in):

Name: Vorname: Geb.-Dat.:

Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Medizinische Daten (ausschliesslich für Vertrauensarzt bestimmt):

Bisheriger Therapien (Zutreffendes bitte ankreuzen): UVB/PUVA Ciclosporin Methotrexat Acitretin

Anti-TNFa, welche:

Bisheriger Verlauf

Beginn der Behandlung mit Inflectra® (Mt/Jahr)

Ärztin/Arzt:

Name: Vorname:

Strasse: PLZ: Ort:

Tel. Fax: E-Mail:

Bei Spital, Name des Spitals: Abteilung:

Datum:

Stempel/Unterschrift:.....