

# Orkambi® (Lumacaftor und Ivacaftor)

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Limitatio: siehe [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):

Beim genannten Patienten liegt eine cystische Fibrose vor. Ebenso liegt ein Nachweis einer *F508-Deletion* auf beiden Allelen mittels einer validierten Genotypisierung vor.

Aktueller Zustand (mindestens 1 Kriterium muss zutreffen):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> FEV1 <90% vor Behandlungsbeginn    | <input type="checkbox"/> mehrmalige pulmonale Exazerbationen pro Jahr   |
| <input type="checkbox"/> regelmässige Antibiotikabehandlung | <input type="checkbox"/> mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesene Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn |

Bestätigung:

- Diätberatung vor Therapiebeginn und bestehende sowie fortzusetzende Atemphysiotherapie plus Inhalationstherapie
- Dokumentation des Therapieverlaufs im europäischen CF-Register

Zum Beginn der Therapie mit Orkambi:

- 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: