

Qutenza (Capsaicin)

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Limitatio: Befristete Limitation bis 30.09.2024. Zur Zweitlinientherapie peripherer neuropathischer Schmerzen bei erwachsenen Patienten, die nicht an einer HIV-assoziierten Neuropathie leiden, und bei denen mit der Erstlinientherapie (Antiepileptika, trizyklische Antidepressiva oder Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer) keine ausreichende Schmerzreduktion erreicht werden konnte oder welche die orale Erstlinientherapie nicht toleriert haben und für welche eine Zweitlinientherapie mit retardierten Tramadol nicht indiziert ist (aufgrund von Interaktionen (z.B. Serotonin-Syndrom), aufgrund von Kontraindikationen, aufgrund des Nebenwirkungspotentials (z.B. Suchtproblematik)). Behandlung in Zusammenarbeit mit einem Schmerzzentrum resp. Schmerzspezialisten mit einem Fähigkeitsausweis in der interventionellen Schmerztherapie (SSIPM). Zweitapplikation einzig bei Reduktion der Schmerzen um mindestens 30% (VAS). Kostengutsprache durch den Krankenversicherer auf Antrag des Vertrauensarztes.

Personalien Patient(in):

Name: Vorname: Geb. Datum:

Geschlecht: ♀ ♂ Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt): Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Medizinische Daten:

Patientin/Patient leidet an peripheren neuropathischen Schmerzen. Es handelt sich nicht um eine HIV-assoziierte Neuropathie. Es handelt sich um keine Erstlinientherapie.

Angaben zur Erstlinientherapie: Abgegeben wurde(n)

Antiepileptika trizyklische Antidepressiva Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer

Angaben zur Wirkung/Verlauf der Erstlinientherapie:

Es konnte keine ausreichende Schmerzreduktion erreicht werden Wurde nicht toleriert

Eine Zweitlinientherapie mit retardierten Tramadol ist nicht indiziert. Grund beziehungsweise Gründe:

Die Behandlung wird in Zusammenarbeit mit folgendem Schmerzzentrum resp. Schmerzspezialisten mit einem Fähigkeitsausweis in der interventionellen Schmerztherapie (SSIPM) durchgeführt:

Name: PLZ: Lieu:

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name: Vorname:

Adresse: Adresszusatz:

PLZ: Ort: Tel.:

Fax: E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: