

Takhzyro™ (Lanadelumab)

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Limitatio (Auszug):

Befristete Limitatio bis 31.03.2027

In Monotherapie zur Langzeitprophylaxe von Attacken des hereditären Angioödems (HAE) vom Typ I oder Typ II bei Patienten ab 12 Jahren, die trotz on-demand Behandlung einen nachweislich schweren Verlauf UND ≥ 2 Attacken pro Monat über einen Zeitraum von 12 Monaten verzeichnen.

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

- Die Patientin/der Patient leidet an einem Hereditären Angioödem (HAE) vom Typ I Typ II
- Es handelt sich um einen schweren Verlauf (≥ 2 Attacken pro Monat über einen Zeitraum von 12 Monaten)
- Vorangegangene On-demand-Therapie

Bemerkungen/Ergänzungen:

Einleitung und Überwachung erfolgt durch folgendes Zentrum:

Anfragender Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

Datum:

(Siehe auch [SL](#))