

Xeljanz® (Tofacitinibum)

Kostengutsprache gesuch z. H. des Vertrauensarztes

Für **Colitis Ulcerosa**, nicht für andere Indikationen. Gemäss Limitatio in den Dosierungen 5 mg und 10 mg.

Indikationscode: 20037.02

Personalien Patient:

Name: Vorname: Geb. Datum:

Geschlecht: ♀ ♂ Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Medizinische Daten:

Patientin/Patient leidet an einer mittelschweren bis schweren aktiven Colitis Ulcerosa.

Zur Vorbehandlung:

Welches Medikament inkl. Dosis?	von	bis	Angaben zur Wirkung:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Beginn der Therapie mit Xeljanz® (MM/JJ):

Grund des Antrages: Dosiserhöhung nach Woche 16 (10mg 2x täglich) Weiterbehandlung > 12 Monate

Begründung des Antrages:

Anfragender Arzt/Ärztin bzw. Klinik

Name: Vorname:

Strasse: PLZ: Ort:

Tel. Fax: E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: