

Xelianz® (Tofacitinib)

Kostengutsprache gesuch z. H. des Vertrauensarztes

Für **rheumatoide Arthritis, Psoriasis-Arthritis, Ankylosierende Spondylitis** (Morbus Bechterew), nicht für andere Indikationen. Gemäss Limitatio **nur 5mg Dosierung**. Es betrifft:

- Rheumatoide Arthritis (Indikationscode: 20037.01) Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew) (Indikationscode: 20037.04)
- Psoriasis-Arthritis (Indikationscode: 20037.03)

Personalien Patient:

Name: Vorname: Geb. Datum:

Geschlecht: ♀ ♂ Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Medizinische Daten. Bisherige Therapien:

Bei Behandlung der **Rheumatoiden Arthritis** oder der **Psoriasis Arthritis**: Zutreffendes bitte ankreuzen):

NSAR Kortikosteroide DMARDs, welche:

Bei Behandlung der **Ankylosierenden Spondylitis**: Zutreffendes bitte ankreuzen:

NSAID TNF-Hemmer Welche:

Bisheriger Verlauf inkl. Beschreibung allfälliger Unverträglichkeiten:

Anfragender Arzt/Ärztin bzw. Klinik:

Name: Vorname:

Strasse: PLZ: Ort:

Tel. Fax: E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: