

AMGEVITA® (Adalimumab)

Kostengutsprache gesuch z. H. des Vertrauensarztes

Für rheumatoide Arthritis, polyartikuläre juvenile Arthritis, Psoriasis-Arthritis, Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew), nicht für andere Indikationen. Es betrifft:

- | | |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis | <input type="checkbox"/> polyartikuläre juvenile Arthritis |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis-Arthritis | <input type="checkbox"/> Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew) |

Limitatio (Auszug aus der Spezialitätenliste):

Aktive rheumatoide Arthritis, aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis bei Kindern und Jugendlichen ab dem Alter von 4 bis 17 Jahren. Behandlung mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war. Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew): Behandlung mit AMGEVITA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Personalien 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). Bisherige Therapien:

Bisherige Therapie(n) (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- NSAR Kortikosteroide DMARDs, welche:

Geplanter Beginn der Behandlung mit AMGEVITA:

Bisheriger Verlauf inkl. Beschreibung allfälliger Unverträglichkeiten

Anfragender Arzt/Ärztin

Name: Vorname:

Strasse: PLZ: Ort:

Tel. Fax: E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: