

Humira® (Adalimumab)

Kostengutsprachegesuch

(für Morbus Crohn bei erwachsenen und pädiatrischen Patienten sowie Colitis Ulcerosa, nicht für alle anderen Indikationen)

Es betrifft: Morbus Crohn pädiatrischer Morbus Crohn Colitis Ulcerosa

Limitatio (Auszug, betreffend Morbus Crohn): Behandlung erwachsener und pädiatrischer Patienten mit HUMIRA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war, sowie bei Patienten, die nicht mehr auf Remicade ansprechen oder dieses nicht vertragen. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes sowie erneute Kostengutsprache nach zwei Jahren ununterbrochener Therapie.

Limitatio (Auszug betreffend moderate bis schwere Colitis Ulcerosa): Moderate bis schwere Colitis ulcerosa: Behandlung erwachsener Patienten mit HUMIRA, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Personalien Patient(in):

Name: Vorname: Geb. Datum:

Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt) Adresszusatz:

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt): Bisherige Therapien (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Prednison, Prednisolon Methotrexat Sulfasalazin/Mesalazin

Hydrokortison Azathioprin, 6-Mercaptopurin Budesonide

Remicade® (Infliximab) primäre Ernährungstherapie (bei pädiatrischem Morbus Crohn)

andere, nämlich:

bisheriger Verlauf

Grund für Wechsel zu Humira®: Nicht Ansprechen Unverträglichkeit/Kontraindikation

Beginn der Therapie mit Humira®: (Monat/Jahr)

Arzt/Ärztin:

Name: Vorname:

Strasse: PLZ: Ort:

Tel. Fax: E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum:

Stempel/Unterschrift: