

**Inflectra® (Infliximab)**

**Kostengutsprache gesuch zH. des Vertrauensarztes**

(für Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa, nicht für alle anderen Indikationen). Es betrifft:

Morbus Crohn

Colitis Ulcerosa

**Limitatio (Auszug aus der Spezialitätenliste):** Behandlung von Patienten mit aktivem Morbus Crohn, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin, Steroiden) unzulänglich war. Moderate bis schwere Colitis ulcerosa: Behandlung erwachsener Patienten mit Inflectra, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie (z.B. mit Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Glukokortikoiden) unzulänglich war oder nicht vertragen wurde. Bei beiden Indikationen: Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

**Personalien Patient(in):**

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.:

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

**Medizinische Daten (ausschliesslich für Vertrauensarzt bestimmt):**

**Angaben zur vorausgegangene Therapie**

Bei Morbus Crohn:

 Azathioprin 6-Mercaptopurin Steroide

andere, nämlich:

Bei Colitis Ulcerosa:

 5-Aminosalizsäure-Präparate Corticosteroide und Immunsuppressiva

andere, nämlich:

Beginn der Therapie mit Inflectra® (TT/MM/JJJJ)

In beiden Indikationen, bisheriger Verlauf:

**Ärztin/Arzt:**

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

Bei Spital, Name des Spitals:

Abteilung:

Datum:

Stempel/Unterschrift:.....