

# Kapruvia® (Difelikefalinum)

## Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

**Limitatio (Auszug):** Befristete Limitation bis 31.12.2026.

Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Gültigkeit der Kostengutsprache hat eine Dauer von 12 Monaten abzudecken. Die Verschreibung darf ausschliesslich durch einen Facharzt in Nephrologie erfolgen.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: **21467.01**.

### Personalien Patientin/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 mittelschwerem bis schwerem Pruritus im Zusammenhang mit chronischen Nierenerkrankungen unter Hämodialyse.

Schweregrad des Juckreizes gemäss WI-NRS-Skala  Datum der Messung:

Allgemeine Massnahmen (Optimierung der Dialyse, andere juckreizstillende Therapien wurden versucht und haben sich als unzureichend wirksam erwiesen?)

Ja  Nein

Bemerkungen hierzu:

Hinweis: Gemäss Limitatio deckt dieser Antrag auf Kostenübernahme einen Behandlungszeitraum von 12 Monaten ab. Innerhalb dieses Zeitraums können von der Krankenversicherung Kontrollen der Wirksamkeit der Behandlung nach 12 Wochen und dann nach 12 Monaten Behandlung verlangt werden.

### Anfragende/r Ärztin/Arzt

Name:  Vorname:

Strasse:  PLZ:  Ort:

#### [Spezialitätenliste](#)

Tel.:  Fax:  E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:  Abteilung:

Datum: