

# Nebido® ( Testosteronundecanoat)

## Kostengutsprache gesuch zu Handen des Vertrauensarztes

**Limitatio:** Primärer und sekundärer Hypogonadismus. Vorgängige Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers.

### Personalien Patient:

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>	Geb. Datum:	<input type="text"/>
Strasse:	<input type="text"/>	Adresszusatz:	<input type="text"/>		
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>	<b>Krankenversicherer:</b>	<input type="text"/>
Versicherten-Nr.:	<input type="text"/>	Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):	<input type="text"/>		
Adresszusatz:	<input type="text"/>	PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>

### Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):

a) **Diagnose:** Es handelt sich um einen  primären  sekundären Hypogonadismus

b) Bestimmung der Testosteronwerte\*:

	Datum:	Wert Gesamt-Testosteronspiegel:	Wert freies Testosteron
Erste Messung:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zweite Messung:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\*Von einem Hypogonadismus kann ausgegangen werden bei einem Gesamt-Testosteronspiegel von <8nmol/l oder bei einem Gesamt-Testosteronspiegel von 8-11 nmol/l und freiem Testosteron <220pmol/l.

### bisheriger Verlauf und Symptomatik:

### Arzt/Ärztin:

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>		
Strasse:	<input type="text"/>	PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Tel.:	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: