

Ranivisio® (Ranibizumab)

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Limitatio, siehe [Spezialitätenliste](#)

Personalien Patient(in):

Name: Vorname: Geb.-Datum:
Geschlecht: ♀ ♂ Strasse: Adresszusatz:
PLZ: Ort:

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt).

- Hiermit bestätigt die unten aufgeführte Klinikärztin beziehungsweise der unten aufgeführte Klinikarzt, die durch die Klinik/das Zentrum erfolgte Diagnosestellung bei obgenannter(m) Patientin/Patienten:
- exsudative (feuchte) altersbezogene Makuladegeneration (AMD)
- Visusverlust durch ein diabetisches Makulaödem (DME)
- Behandlung eines Visusverlustes durch ein Makulaödem infolge eines retinalen Venenverschlusses RVO (retinaler Venenastverschluss BRVO und retinaler Zentralvenenverschluss CRVO)
- Visusverlust durch choroidale Neovaskularisation (CNV) infolge einer pathologischen Myopie (PM), (myope CNV, mCNV)
- In allen Indikationen: die Behandlung wird gleichzeitig an beiden Augen der Patientin beziehungsweise des Patienten durchgeführt.

Datum Diagnose erstes Auge: Datum Diagnose Partnerauge:

Bestätigende qualifizierte(r) Ärztin/ Arzt der A/B/C-Klinik/Zentrum:

Name: Vorname:
Tel. direkt: E-Mail:

A. Bei Behandlung in Klinik (in welcher die/der die Diagnose bestätigende Ärztin/Arzt tätig ist):

- Die **Behandlung** wird in **folgender Klinik** durchgeführt

Name der Klinik/des Zentrums: Adresse: Adresszusatz:
PLZ: Ort:

Es handelt sich um eine Zentrum/Klinik mit folgender Qualifikation (gemäss Liste der Weiterbildungszentren der FMH (<http://www.siwf-register.ch>):

- A-Klinik/Zentrum B-Klinik/Zentrum C-Klinik/Zentrum

B. Bei Behandlung durch niedergelassenen Ophthalmologen:

- Behandlung** durch **niedergelassenen Ophthalmologen**: Die **obige Klinik bestätigt**, die Erstuntersuchung oder die Bestätigung der Diagnose durchgeführt zu haben (Ausnahmeregelung gemäss Limitatio).

Koordinaten des Ophthalmologen:

Name, Vorname: Adresse: Adresszusatz:
PLZ, Ort: E-Mail.: Tel.:

Datum: