

Remicade® (Infliximab)

Kostengutsprache gesuch z. H. des Vertrauensarztes

Für Behandlung erwachsener Patienten mit **schwerer Plaque-Psoriasis**, nicht für alle anderen Indikationen

Limitatio (Auszug aus der [Spezialitätenliste](#)):

Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen 1.) UVB und PUVA oder 2.) eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) und 3.) eine TNF- alpha blockierende Substanz (z.B. Etanercept) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 14 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Die maximale Behandlungsdauer beträgt 1 Jahr. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder dermatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen. Vorgängige Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers.

Personalien Patient:

Name:

Vorname:

Geb. Datum

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt). Bisherige Therapien:

UVB/PUVA

Ciclosporin

Methotrexat

Acitretin

Anti-TNFa, welche:

Bisheriger Verlauf/Bemerkungen:

Anfragender Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: