

# Rinvoq® (Upadacitinib)

## Kostengutsprache gesuch z. H. des Vertrauensarztes

**Limitatio:** Befristete Limitation bis 31.03.2022. In Kombination mit Methotrexat oder anderen konventionellen synthetischen krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (csDMARDs) oder als Monotherapie zur Behandlung der mittelschweren bis schweren aktiven rheumatoiden Arthritis bei erwachsenen Patienten, die auf eine Behandlung mit einem oder mehreren csDMARD unzureichend angesprochen haben oder diese nicht vertragen haben. Die Therapie bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Siehe auch ([Spezialitätenliste](#))

### Personalien Patientin:

Name:  Vorname:  Geb. Datum:

Geschlecht:  ♀  ♂ Strasse:  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

**Krankenversicherer:**  Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

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

Patientin/Patien ist an einer mittelschweren bis schweren aktiven rheumatoiden Arthritis erkrankt.

Zur Vorbehandlung:

Welches Medikament inkl. Dosis?	von (MM/JJJJ)	bis (MM/JJJJ)	Angaben zur Wirkung:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Geplanter Beginn der Therapie mit Rinvoq® (MM/JJJJ):

Monotherapie  Kombinationstherapie mit einem csDMARD, nämlich:

Bemerkungen, Ergänzungen:

### Anfragender Arzt/Ärztin

Name:  Vorname:

Strasse:  PLZ:  Ort:

Tel.  Fax:  E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:  Abteilung:

Datum: