

# Soliris® (Eculizumab)

## Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Für die Behandlung von Erwachsenen mit einer Neuromyelitis-optica-Spektrumerkrankungen (NMOSD), die positiv für Anti-Aquaporin-4(AQP4)-Antikörper sind und einen schubförmigen Krankheitsverlauf zeigen (siehe „Eigenschaften/Wirkungen“).  
Nicht für andere Indikationen.

### 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 einer Neuromyelitis-optica-Spektrumerkrankungen (NMOSD), die positiv für Anti-Aquaporin-4(AQP4)-Antikörper sind und einen schubförmigen Krankheitsverlauf zeigen

Es handelt sich um:

Erstverschreibung  Verlaufskontrolle nach  Monaten

Bisherige Therapien:  Von (MM/JJJJ):  Bis (MM/JJJJ):  Angaben zur Wirkung:

Bisherige Therapien:  Von (MM/JJJJ):  Bis (MM/JJJJ):  Angaben zur Wirkung:

Bisherige Therapien:  Von (MM/JJJJ):  Bis (MM/JJJJ):  Angaben zur Wirkung:

Bisherige Therapien:  Von (MM/JJJJ):  Bis (MM/JJJJ):  Angaben zur Wirkung:

Bisherige Therapien:  Von (MM/JJJJ):  Bis (MM/JJJJ):  Angaben zur Wirkung:

Sofern weitere Vortherapien, bitte hier ergänzen:

Anzahl Rückfälle in den letzten 24 Monaten

Beschreibung der Rückfälle:

Bemerkungen/Ergänzungen:

Begründung der Therapiewahl mit Soliris (da nicht in der Spezialitätenliste). Bitte auch entsprechende Literatur beilegen):

**Anfragender Arzt/Ärztin**

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

Datum: