

# Simponi® (Golimumab)

## Kostengutsprache gesuch z. H. des Vertrauensarztes

für **Rheumatoide Arthritis, Psoriasis-Arthritis, Morbus Bechterew**, nicht für alle anderen Indikationen.

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

Zur subcutanen Behandlung der aktiven rheumatoiden Arthritis (nur in Kombination mit Methotrexat) und Psoriasis-Arthritis, wenn die vorausgegangene antirheumatische Standardtherapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzulänglich war. Vorgängige Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. Behandlung des Morbus Bechterew, wenn die vorausgegangene konventionelle Therapie unzulänglich war. Vorgängige Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers.

### Personalien Patient(in):

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): Es betrifft:

**Rheumatoide Arthritis**  **Psoriasis-Arthritis** **Vorangegangene Therapie:**

DMARD:

andere:

**Morbus Bechterew** **Vorangegangene Therapie:**

NSAR:

andere:

Beginn der Therapie mit Simponi®: (Monat/Jahr)

Bisheriger Verlauf:

### Arzt/Ärztin:

Name:  Vorname:

Strasse:  PLZ:  Ort:

Tel.  Fax:  E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:  Abteilung:

Datum: