



Formular: «Gesuch für die Kostenübernahme von Off-label-Use-Medikamenten durch die IV»

Personalien

| | |
|------------|--------------|
| Name | Vorname |
| | |
| AHV-Nummer | Geburtsdatum |
| | |

| | | |
|--|---|-----------------------------------|
| Geschlecht: <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂ | Grösse (cm) <input type="text"/> | Gewicht (kg) <input type="text"/> |
| IV-Stelle | | |
| Diagnose & Ziffer GgV | | |
| Beantragtes Arzneimittel | | |
| <input type="checkbox"/> Auf der SL, Anwendung ausserhalb der Fachinformation oder der SL-Limitation | | |
| <input type="checkbox"/> Von Swissmedic zugelassen aber nicht auf der SL | | |
| <input type="checkbox"/> Importiert (in der CH nicht zugelassen) | | |
| • Dosierung | | |
| • Anzahl Therapiezyklen bzw. Therapiedauer | | |
| • In Kombination mit einem anderen Medikament | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| • Wenn ja, welches? | | |
| • Begründung der Medikamentenwahl | | |
| • Bisherige Therapie und Therapieverlauf (Kopien der relevanten ärztlichen Berichte sind beizulegen) | | |
| Krankheitsprognose | Ohne beantragtes Arzneimittel | |
| | Mit beantragtem Arzneimittel (gemäss beiliegender Studie, ggf. zusätzliche Angaben) | |
| Welche Therapiealternativen sind vorhanden | | |

| | | |
|---|---------------------|------------------------------------|
| <p>Nach welcher Therapiedauer ist eine erste Aussage zum klinischen Therapieerfolg möglich?</p> | | |
| <p>Wissenschaftliche Grundlage der Therapiewahl (öffentlich zugängliche Publikation, Referenzen). Die relevanteste publizierte Studie muss beigelegt werden.</p> | | |
| <p>Vorgesehene jährliche Therapiekosten (mit Angabe der Quelle).</p> | | |
| <p>Gesuchstellender Arzt</p> | <p>Name/Vorname</p> | <p>Praxis/Spital (mit Adresse)</p> |