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

# Angaben zur versicherten Person

## Personalien

Name/Vorname:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Versichertennummer:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Geburtsdatum:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

## Weitere Angaben

Geschlecht w [ ]  m [ ]

Grösse (cm) Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Gewicht (kg) Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

# Erforderliche Angaben zum Gesuch

## Zuständige IV-Stelle:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

## Diagnose & Ziffer-GgV:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

## Erstantrag

 (bitte ankreuzen):

[ ]  ja [ ]  nein

Begründung der Medikamentenwahl resp. Begründung der Verlängerung:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

## Angaben zum beantragten Arzneimittel

Genaue Bezeichnung inkl. Dosisstärke und galenischer Form

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Bitte zutreffendes ankreuzen:

[ ]  das Arzneimittel ist auf der SL, Anwendung ausserhalb der Fachinformation oder SL-Limitation
(Art. 71*a* KVV)

[ ]  das Arzneimittel ist von Swissmedic zugelassen, aber nicht auf der SL Limitation (Art. 71*b* KVV)

[ ]  das Arzneimittel ist importiert und in der Schweiz nicht zugelassen (Art. 71*c* KVV)

Dosierung: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Anzahl Therapiezyklen bzw. Therapiedauer: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Wird das beantragte Arzneimittel in Kombination mit einem anderen Medikament verwendet (bitte ankreuzen):

[ ]  ja [ ]  nein

Falls ja, welches? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Bisherige Therapie und Therapieverlauf (Kopien der relevanten ärztlichen Berichte sind beizulegen):

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

## Weitere Angaben

Krankheitsprognose (nur bei **Neuantrag** auszufüllen):

**Ohne** beantragtes Arzneimittel:

 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Mit** beantragtem Arzneimittel (gemäss beilegender Studie, ggf. zusätzliche Angaben):

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Welche Therapiealternativen sind vorhanden?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Neuantrag:** Nach welcher Therapiedauer ist eine erste Aussage zum klinischen Therapieerfolg möglich?

 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Verlängerung:** Nach welcher Therapiedauer ist ein Ansprechen beurteilbar?

 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Wissenschaftliche Grundlage der Therapiewahl** (öffentlich zugängliche Publikation, Referenzen). Die relevanteste publizierte Studie **muss** beigelegt werden (bei einer Verlängerung Neuerscheinungen seit dem letzten Antrag):

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Vorgesehene jährliche Therapiekosten** (mit Angabe der Quelle)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

# Angaben zum gesuchstellenden Arzt

Name/Vorname:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Praxis/Spital (mit Angabe der Adresse)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Datum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Unterschrift: