



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)	Gewicht (kg)
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>