

**Zum Kostengutsprache-Gesuch: Beantragt** wird Cuvitru® **inklusive MiGeL 03. Applikationshilfen:** Infusionspumpe für die subkutane Immunglobulin-Heim-Therapie (03.06.01.00.1), Infusionsset (03.07.15.05.1), Reservoir (03.06.10.05.1).

**Limitatio:** Zur Behandlung des Antikörpermangelsyndroms. Nach Kostengutsprache des Krankenversicherers. (siehe auch [Spezialitätenliste](#)).

**Personalien Patient:**

Name:  Vorname:  Geb. Datum:

Geschlecht:  ♀  ♂ Strasse:  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

**Krankenversicherer:**  Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

**Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt): Diagnose**

Es liegt ein Antikörpermangelsyndrom vor. aktueller Immunglobulin-Wert\*:   
\*Normwert IgG: 7-16 g/L bei Erwachsenen

**Zur Typisierung der Krankheit:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kongenitale Agammaglobulinämie                           | <input type="checkbox"/> Kongenitale Hypogammaglobulinämie         |
| <input type="checkbox"/> Allgemeine, variable Immunmangelkrankheit                | <input type="checkbox"/> Schwere, kombinierte Immunmangelkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Mangel der IgG-Subklasse mit rezidivierendem Infektionen | <input type="checkbox"/> Selektiver IgA-Mangel                     |
| <input type="checkbox"/> Wiskott-Aldrich-Syndrom                                  |  |

Dosierung: Gewicht (kg):  Dosierung (in Gramm pro kg Körpergewicht):

Intervall:  alle  Tage |  alle  Wochen  
 anderer, nämlich:

Geplante Dauer bis Evaluation des Ansprechens (in Wochen):

**Bemerkungen:**

**Anfragender Arzt/Ärztin:**

Name:

Vorname:

Adresse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum:

Stempel/Unterschrift:.....