

Hizentra[®]: Gesuch für die Kostengutsprache einer subkutanen IgG-Therapie

Nur vollständig ausgefüllte, lesbare und unterzeichnete Gesuche können bearbeitet werden.

Verordnender Arzt/Ärztin


Spital _____ ZSR-Nr _____

Titel, Name, Vorname _____

FMH-Titel _____

Adresse _____ PLZ, Ort _____

Telefon (inkl. Vorwahl) _____ E-Mail _____

Datum _____ Unterschrift _____ 

Patient:in

Titel, Name, Vorname _____

Geburtsdatum (TT.MM.JJJ) _____ Geschlecht (m/f) _____ Sprache _____

Adresse _____ PLZ, Ort _____

Kanton _____ Telefon (inkl. Vorwahl) _____

Krankenversicherer _____ Versicherungsnummer _____

Indikation

- Primärer Immundefekt
- Sekundärer Immundefekt*
- Chronische inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie**
- Andere: _____

Bemerkungen/Ergänzungen

Dosierung Hizentra®

Dosierung

Geplanter Therapiebeginn

Datum

- * Sekundäre Immundefekte (SID) bei Patient:innen mit schweren oder wiederkehrenden Infektionen, ineffektiver antimikrobieller Behandlung und entweder nachgewiesenem ungenügendem Anstieg von Impfantikörpern (PSAF) oder IgG-Serumspiegeln von < 4 g/l. PSAF = proven specific antibody failure.
- ** Als Erhaltungstherapie nach der Stabilisierung mit intravenösen Immunglobulinen.

Hizentra® (Normales Immunglobulin vom Menschen zur subkutanen Anwendung [SCIg]),
Liste B; ausführliche Informationen finden Sie in der Fachinformation unter www.swissmedicin.ch