

# Abklärung Medikament

Betreffend:

---

Kontaktperson:

---

Hinweis: Erfolgt die Anwendung (einschliesslich Indikation und Dosierung) ausserhalb der Limitation der Spezialitätenliste und/oder ausserhalb der Swissmedic-Zulassung bitten wir Sie, zusätzlich die Punkte a-f «Zusätzliche Angaben im Fall eines Off-Label-Use» (Vergütung gemäss Art. 71a-d KVV) auf Seite 2 zu beantworten.

**Vollständige Liste der Haupt- und Nebendiagnosen inkl. Datum der Erstdiagnose**

---

---

---

---

**Bisher durchgeführte Therapien inkl. Angaben zum Zeitraum, Dosis und Verlauf**

---

---

---

---

**Laborwerte und / oder molekulargenetische Resultate, welche für die Therapiewahl relevant sind und eine Anforderung gemäss der Spezialitätenliste (SL) resp. der Zulassung darstellen**

---

---

---

---

**Falls keine Monotherapie zur Behandlung eingesetzt wird, bitten wir um Angaben der Kombinationstherapie (Zeitraum, Dosis)**

---

---

---

---

**Zusätzliche Angaben im Fall eines Off-Label-Use (Vergütung gemäss Art. 71a-d KVV)**

Bitte beachten Sie, dass wir bei Therapien, welche nicht in der SL aufgeführt sind und bei Medikamenten der SL, welche ausserhalb der Limitation oder genehmigten Zulassung angewendet werden, folgende zusätzlichen Dokumente/ Angaben zur Prüfung einer Kostenübernahme im Rahmen von Art. 71a-d KVV benötigen:

**a) Medizinische Begründung für die Therapiewahl**

---

---

---

**b) Warum können, falls vorhanden, auf der SL-gelistete und in-limitatio befindliche Behandlungsalternativen nicht angewendet werden (medizinische relevante Kontraindikationen)?**

---

---

---

**c) Angaben zur Dosierung: absolute Einzeldosis und Applikationsintervall, ggf. für jedes Medikament**

---

---

---

**d) Geplante Therapiedauer**

---

---

**e) Anhand welcher Parameter wird das Ansprechen auf die Therapie beurteilt?**

---

---

---

**f) Literatur (Vollversion der Originalstudien / Guidelines), welche den grossen therapeutischen Nutzen der Therapie bei der vorliegenden Indikation belegt. Die untersuchte Studienpopulation sollte dabei bestmöglich die Eigenschaften und klinische Situation der versicherten Person repräsentieren**

**g) Handelt es sich um ein ausländisches Arzneimittel? Wenn ja, ist es im Ausland in der entsprechenden Indikation und Anwendung zugelassen?**

---

---

---

Datum, Name behandelnder Arzt:

---

**Bitte senden Sie uns Ihre vollständigen Antworten vorzugsweise per E-Mail (HIN-secure)  
oder postalisch an die untenstehende Adresse:**

**Winterthur**

Sanitas Grundversicherungen AG  
Vertrauensärztlicher Dienst  
Sanitas Hauptsitz  
Postfach  
8021 Zürich  
Fax 058 344 51 51  
VADSanitas@sanitas.com

**Aarau**

Sanitas Grundversicherungen AG  
Vertrauensärztlicher Dienst  
Sanitas Hauptsitz  
Postfach  
8021 Zürich  
Fax 058 344 51 51  
VADSanitas@sanitas.com

**Lausanne**

Sanitas Assurance Maladie AG  
Service médecin-conseil  
Service Center Lausanne  
Place Saint-François 1, Case postale  
1001 Lausanne  
Fax 021 321 43 97  
valausanne@sanitas.com

**Preference Center**

Sanitas Grundversicherungen AG  
Vertrauensärztlicher Dienst  
Sanitas Hauptsitz  
Postfach  
8021 Zürich  
Fax 058 344 51 51  
VADSanitas@sanitas.com

**Lugano**

Sanitas Assicurazione Malattia AG  
Servizio medico-fiduciario  
Service Center Lugano  
Viale Stefano Franscini 40, Casella postale  
6900 Lugano  
Fax 091 911 75 22  
VALugano@sanitas.com

**Compact Center**

Sanitas Grundversicherungen AG  
Vertrauensärztlicher Dienst  
Sanitas Hauptsitz  
Postfach  
8021 Zürich  
Fax 058 344 51 51  
VADSanitas@sanitas.com