

Abklärung Medikament

Betreffend:

Kontaktperson:

Medikament:

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):

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?**

2/3

**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