

# Kostengutsprachegesuch für Transplantationen solider Organe oder Stammzellen

## Transplantationsspital

Transplantationsart

Geplantes Datum des Spitaleintritts zur Transplantation

Transplantationskoordinator/-in

Name, Vorname

## Empfänger/-in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

m

w

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Krankenversicherer

Versicherungs-Nr.

## Medizinische Indikation

ICD 10-Code

Handelt es sich bei dem Eingriff um eine Pflichtleistung nach KLV Anhang 1, Art. 1.2 oder Art. 2.1?

Ja

Nein

Zur Prüfung unserer Leistungspflicht stellen Sie uns bitte zuhänden unseres Vertrauensarztes einen detaillierten Arztbericht zu.

## Lebensspender/-in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

m

w

Verwandtschaftsgrad bzw. Beziehung

Leichenspende



## Kontakt

Sanitas

Preference Center

Länggassstrasse 7, Postfach

3001 Bern

[sanitas.com](http://sanitas.com)

**sanitas**

**Vorbereitung allogene hämatopoetische Stammzell-, Nieren- bzw. Nieren-Pankreas-Transplantation**

- HL A-Typisierung Familienspender/Fremdspender
- Wiederholte HL A-Typisierung, Datum der letzten Typisierung
- HL A-Typisierung (Empfänger)
- Angabebestimmung bezüglich Immunologie

**Transplantation**

- Autologe hämatopoetische Stammzelltransplantation
- Allogene hämatopoetische Stammzelltransplantation
- Gewinnungsphase
- Genoidentische Geschwister
- Purgung
- Haploidentischer Familienspender
- Eine Transplantation
- Gewöhnliche Transplantation
- Mehrere Transplantationen
- Mini-Transplant
- Transplantationsphase; wie viele?
- Fremdspender

Empfänger/-in

Name, Vorname

**Künstlicher Ventrikel (bridge to transplant)**

- Kurzzeit
  - Mittel- bis Langzeit
- Ist der Patient auf der Warteliste für eine Herztransplantation?  Ja  Nein

**Ergänzende Angaben**

- Handelt es sich um eine Autoimmunerkrankung?  Ja  Nein
- Wird die Behandlung im Rahmen einer Studie oder Multicenterstudie durchgeführt?  Ja  Nein

Name der Studie

**Fremdspendensuche**

- Registrierung
- Spender - Lymphozytenspende
- Spendersuche
- Transplantatbereitstellung

**Arzt**

Name, Vorname

Ort, Datum:

Unterschrift Arzt