Rezept / Anmeldung Heiminjektion

MediService by Redcare

Arztdaten (Praxisstempel)	
Vorname / Name	Tel.
Praxis / Klinik	ZSR / GLN Nr.
Strasse / Nr.	Fax
PLZ / Ort	E-Mail
Patientendaten (Patientenetikette)	Patientensprache ☐ D ☐ F ☐ I
Vorname / Name	Tel.
Strasse / Nr.	Krankenkasse
PLZ / Ort	Vers.-Nr.
Geburtsdatum	E-Mail

☐ **Amvuttra®** Inj Lös 25 mg / 0.5 ml Fertigspritze (1 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

☐ Injektionszubehör: Alkoholtupfer, Kompressen, Abwurfbehälter

☐ Chrisana Vitamin A Tropfen 50 ml (1 Stk)* _____ **Anzahl Packungen**
*Hinweis: Nahrungsergänzungsmittel, Kosten zu Lasten des Patienten

Dosierung	Die empfohlene Dosis Amvuttra beträgt 25 mg, verabreicht als subkutane Injektion einmal alle 3 Monate. Vitamin A: 2500-3000 IE / Tag. Bei 800 IE / Tropfen werden 3 Tropfen pro Tag empfohlen. Für aktuelle Informationen bitte stets die Fachinformation konsultieren.
Rezept-Gültigkeit	☐ Einzelrezept ☐ Dauerrezept____ Monate ☐ Repetitionen ____
Indikationscode	☐ 21635.01 - ATTR-PN ☐ 21635.02 - ATTR-CM ☐ Anwendung im Rahmen KVV Art. 71
Kostengutsprache	☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden) ☐ Kostengutsprache soll durch MediService eingeholt werden: MediService übernimmt die Einreichung des Kostengutsprachegesuchs an die Krankenkasse. Bitte füllen Sie die Angaben auf der 2. Seite aus.
Home Care Service	Die Ärztin/der Arzt wünscht die Heiminjektion und/oder die Schulung zur Selbstinjektion durch eine MediService Pflegefachperson: ☐ Ja ☐ Nein

Lieferadresse

☐ obige Patientenadresse ☐ obige Arztadresse
☐ andere Lieferadresse (CH) ☐ Spitalapotheke

Falls ein bestimmtes Lieferdatum gewünscht ist, bitte angeben. Lieferung am: _____

Wichtig
Die Ärztin/der Arzt bestätigt mit ihrer/seiner Unterschrift, dass die Patientin/der Patient der Rezeptübermittlung, Therapiebegleitung sowie dem Bezug über MediService zugestimmt hat und dass die Angaben der Ärztin/des Arztes (ohne Patientennamen) zu statistischen Zwecken, sowie im Falle von unerwünschten Ereignissen, an den Medikamentenhersteller übermittelt werden können.

Haben Sie das Rezept unterschrieben? Bitte das Rezept an **contact@mediservice.ch** oder via Fax an **032 686 20 30** senden.

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Datum, Stempel / Unterschrift

02546

© MediService AG / Version: 23MSE0028DFI_f

MediService AG | Ausserfeldweg 1 | 4528 Zuchwil | Telefon 032 686 20 20

Kostengutsprache-Antrag ATTR-CM Amvuttra®

Arztdaten (Praxisstempel)	
Vorname / Name	Tel.
Praxis / Klinik	ZSR / GLN Nr.
Strasse / Nr.	Fax
PLZ / Ort	E-Mail
Patientendaten (Patientenetikette)	Patientensprache ☐ D ☐ F ☐ I
Vorname / Name	Tel.
Strasse / Nr.	Krankenkasse
PLZ / Ort	Vers.-Nr.
Geburtsdatum	E-Mail

Kostengutsprache	☐ Kostengutsprache soll durch MediService eingeholt werden: MediService übernimmt die Einreichung des Kostengutsprachegesuchs für **Amvuttra®** an die Krankenkasse. In diesem Fall bitte die nachfolgenden klinischen Informationen angeben.
Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):	Diagnose: ☐ Patientin/Patient ist an einer Transthyretin-Amyloidose mit Kardiomyopathie (ATTR-CM) erkrankt **ATTR-CM Diagnose** bestätigt durch: ☐ Ausschluss AL-Amyloidose ☐ Knochenszintigraphie ☐ Echokardiographie
Indikationscode	☐ 21635.02 - ATTR-CM ☐ Anwendung im Rahmen KVV Art. 71

Es wurde eine Biopsie mit histologischem Nachweis von Transthyretin-Amyloid durchgeführt aufgrund:

☐ Unklarer/unsicherer Szintigraphiebefund und/oder

☐ Kein eindeutiger Ausschluss der AL-Amyloidose und/oder

☐ Kein eindeutiger Befund in der kardialen Bildgebung

Vor Therapiebeginn: Einschlusskriterien (müssen kumulativ erfüllt sein):

1. NYHA-Klasse I-III ☐ Ja ☐ Nein
2. Klinisch bestätigte Herzinsuffizienz und/oder eine vorangegangene Hospitalisation aufgrund einer Herzinsuffizienz ☐ Ja ☐ Nein
3. Distanz gemäss 6-Minuten-Gehtest ≥150 Meter oder äquivalentes Resultat aus einer ergometrischen Bestimmung: ☐ Ja ☐ Nein

   _____
4. Lebenserwartung von mindestens 2 Jahren ☐ Ja ☐ Nein
5. NT-pro BNP-Konzentration _____ pg/ml (gemäss Limitatio gefordert: ≥ 300 pg/ml) ☐ Ja ☐ Nein

MediService AG | Ausserfeldweg 1 | 4528 Zuchwil | Telefon 032 686 20 20

© MediService AG / Version: 26MSE0009DFI_b

Kostengutsprache-Antrag ATTR-CM Amvuttra®

MediService by Redcare

Arztdaten (Praxisstempel)	
Vorname / Name	Tel.
Praxis / Klinik	ZSR / GLN Nr.
Strasse / Nr.	Fax
PLZ / Ort	E-Mail
Patientendaten (Patientenetikette)	Patientensprache ☐ D ☐ F ☐ I
Vorname / Name	Tel.
Strasse / Nr.	Krankenkasse
PLZ / Ort	Vers.-Nr.
Geburtsdatum	E-Mail

Ausschlusskriterien

Herz- oder Lebertransplantation in der Vorgeschichte	☐ Ja ☐ Nein
Implantierte «mechanic assist devices» (LVAD, RVAD, BiVAD)	☐ Ja ☐ Nein
Patienten mit Niereninsuffizienz (glomeruläre Filtrationsrate < 25mL/min./1.73 m2)	☐ Ja ☐ Nein
Gleichzeitige Behandlung mit anderem spezifischen Arzneimittel zur Behandlung der Transthyretin-Amyloidose (z. B. TTR-Stabilisatoren,TTR-Gen-Silencer)	☐ Ja ☐ Nein
Stopp einer vorherigen ATTR-CM Therapie mit einem TTR-Gen-Silencer aufgrund der Therapieabbruchkriterien	☐ Ja ☐ Nein

Zentrum für die Amvuttra Behandlung:

☐ CHUV Lausanne	☐ HUG Genf	☐ Inselspital Bern
☐ Instituto Cardiocentro Ticino Lugano	☐ Kantonsspital Aarau	☐ Kantonsspital Freiburg
☐ Kantonsspital St. Gallen	☐ Klinik Hirslanden Zürich	☐ Luzerner Kantonsspital
☐ Stadtspital Triemli Zürich	☐ Universitätsspital Basel	☐ Universitätsspital Zürich

Bemerkungen: _____

_____

Wichtig

Die Ärztin/der Arzt bestätigt mit ihrer bzw. seiner Unterschrift folgendes:
(1) dass die Ärztin/der Arzt die Patientin/den Patienten über den Einbezug der MediService AG im Rahmen des Kostengutspracheverfahrens informiert hat;
(2) dass die Ärztin/der Arzt die Patientin/den Patienten auf die Datenschutzerklärung der MediService AG (abrufbar unter: https://www.mediservice.ch/de/datenschutz.php) hingewiesen hat;
(3) dass die Ärztin/der Arzt der Patientin/dem Patienten erklärt hat, dass der Einbezug der MediService AG freiwillig ist; und
(4) dass die Patientin/der Patient - nach erfolgter Aufklärung – in den Einbezug von MediService und in die Datenweitergabe zwischen der Ärztin/dem Arzt und der MediService AG und zwischen der MediService AG und dem Krankenversicherer ausdrücklich eingewilligt hat.
Im Übrigen bestätigt die Ärztin/der Arzt, selbst die Datenschutzerklärung der MediService AG (gleicher Link) zur Kenntnis genommen zu haben.

Bitte senden Sie das unterschriebene Formular an **contact@mediservice.ch** oder via Fax an **032 686 20 30**.	**Unterschrift der Ärztin/des Arztes**
	Datum, Stempel / Unterschrift

© MediService AG / Version: 26MSE0009DFI_b

MediService AG | Ausserfeldweg 1 | 4528 Zuchwil | Telefon 032 686 20 20