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 hATTR-PN 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.
Indikationscode	☐ Rückerstattung gemäss Spezialitätenliste: Indikationscode 21635.01 - ATTR-PN ☐ Anwendung im Rahmen KVV Art. 71
Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):	Diagnose: ☐ Es liegt eine genetisch bestätigte hATTR-Amyloidose vor. ☐ Karnofsky Performance Status ≥ 60% ☐ Der Patient hat eine Lebenserwartung von mindestens zwei Jahren.
Neurologische Symptome	☐ NIS ≥ 5 und ≤ 130 PND ☐ Score I ☐ Score II ☐ Score IIIa ☐ Score IIIb **ODER** FAP ☐ Stadium 1 ☐ Stadium 2 ☐ Diabetes mellitus als Ursache für periphere Neuropathie wurde ausgeschlossen. ☐ Vitamin-B12-Mangel als Ursache für periphere Neuropathie wurde ausgeschlossen.
Kardiologische Symptome	Herzinsuffizienz der NYHA Klasse ≤ II ☐ Ja ☐ Nein Amvuttra® wird als Monotherapie verabreicht ☐ Ja ☐ Nein ☐ Kein vorheriger ATTR-Therapieabbruch eines Oligonukleotids oder siRNA aufgrund unzureichender Wirksamkeit.

© MediService AG / Version: 26MSE0010DFI_b

Kostengutsprache-Antrag hATTR-PN 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

Beantragtes Arzneimittel	AMVUTTRA® Fertigspritze enthält 25 mg Vutrisiran (als Vutrisiran-Natrium) in 0,5 ml Lösung (50mg/ml). Dosierung: Die empfohlene Dosis AMVUTTRA® beträgt 25 mg, verabreicht als subkutane Injektion einmal alle 3 Monate.

Referenzzentrum für Amyloidose zum Behandlungsbeginn

☐ Universitätsspital Zürich
☐ Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
☐ Inselspital Bern

☐ Es wird bestätigt, dass die vergütungsrelevanten Daten im Register des Referenzzentrums erfasst werden.
☐ Der Patient hat eine Erfassung seiner Daten im Register des Referenzzentrums abgelehnt.

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: 26MSE0010DFI_b

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