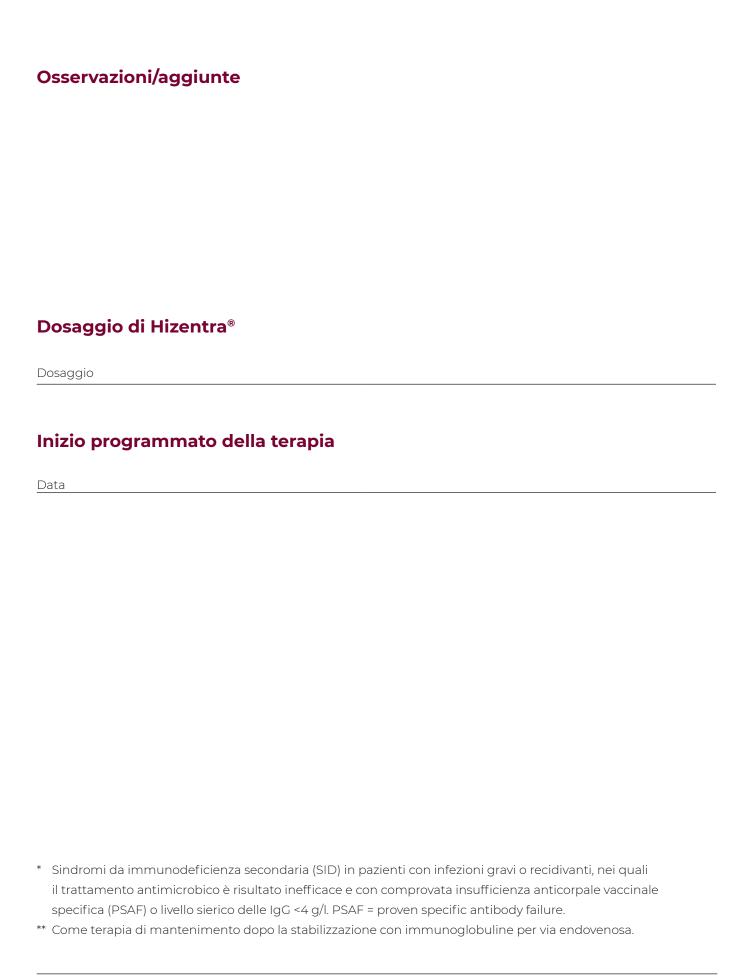
CSL Behring

Hizentra®: Domanda di assunzione dei costi da parte delle casse malattia in caso di terapia sottocutanea con IgG

Sarà possibile evadere unicamente le domande compilate integralmente, leggibili e firmate.

Medico prescrittore			
Ospedale	No. RCC	No. RCC	
Titolo, Cognome, Nome			
Titolo FMH			
Indirizzo	NPA, Luogo	NPA, Luogo	
Telefono (incl. prefisso)	e-mail		
Data	<u>Firma</u>		Ar
Paziente			
Titolo, Cognome, Nome			
Data di nascita (GG.MM.AAAA)	Sesso (m/f)	Lingua	
Indirizzo	NPA, Luogo		
Cantone	Telefono (incl. prefisso)		
Assicurazione malattia	Numero di assicurazione		
Indicazione			
☐ Immunodeficienza primaria ☐ Immunodeficienza secondaria*			
Polineuropatia demielinizzante infiammatoria	cronica**		
altre:			



Hizentra® (Immunoglobulina umana normale per la somministrazione sottocutanea [IgSC]).

Lista B; Informazioni dettagliate si trovano all'indirizzo www.swissmedicinfo.ch