



## Formular: «Gesuch für die Kostenübernahme von Off-label-Use-Medikamenten durch die IV»

### Personalien

Name	Vorname
AHV-Nummer	Geburtsdatum

Geschlecht: <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂	Grösse (cm) <input type="text"/>	Gewicht (kg) <input type="text"/>
<b>IV-Stelle</b>		
<b>Diagnose &amp; Ziffer GgV</b>		
<b>Beantragtes Arzneimittel</b>		
	<input type="checkbox"/> Auf der SL, Anwendung ausserhalb der Fachinformation oder der SL-Limitation	
	<input type="checkbox"/> Von Swissmedic zugelassen aber nicht auf der SL	
	<input type="checkbox"/> Importiert (in der CH nicht zugelassen)	
• Dosierung		
• Anzahl Therapiezyklen bzw. Therapiedauer		
• In Kombination mit einem anderen Medikament	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
• Wenn ja, welches?		
• Begründung der Medikamentenwahl		
• Bisherige Therapie und Therapieverlauf (Kopien der relevanten ärztlichen Berichte sind beizulegen)		
<b>Krankheitsprognose</b>	Ohne beantragtes Arzneimittel	
	Mit beantragtem Arzneimittel (gemäss beiliegender Studie, ggf. zusätzliche Angaben)	
Welche Therapiealternativen sind vorhanden		

<p>Nach welcher Therapiedauer ist eine erste Aussage zum klinischen Therapieerfolg möglich?</p>		
<p><b>Wissenschaftliche Grundlage der Therapiewahl</b> (öffentlich zugängliche Publikation, Referenzen). Die relevanteste publizierte Studie muss beigelegt werden.</p>		
<p><b>Vorgesehene jährliche Therapiekosten (mit Angabe der Quelle).</b></p>		
<p><b>Gesuchstellender Arzt</b></p>	<p>Name/Vorname</p>	<p>Praxis/Spital (mit Adresse)</p>