

Trulicity® (Dulaglutide, GLP-1-Rezeptoragonist)

Mitteilung an Krankenversicherung zur Medikamentenabgabe

Mit der untenstehenden Erläuterung bestätigt der behandelnde Arzt, dass die Abgabe von Trulicity (Dulaglutide) gemäss folgenden Angaben erfolgt.

Personalien Patient(in):

Name: Vorname: Geb.-Datum:

Strasse: PLZ: Ort:

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Strasse: PLZ: Ort:

Zum Präparat:

- Trulicity Inj Lös 0.75 mg/0.5ml Fertigpen GTIN : 7680652360023
 Trulicity Inj Lös 1.5 mg/0.5ml Fertigpen GTIN : 7680652360016

Limitatio:

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus, in ausschliesslicher Kombinationstherapie mit Metformin, oder einer Kombination aus Metformin und einem Sulfonylharnstoff oder Metformin und Pioglitazon, wenn die Behandlungen mit Metformin oder mit den jeweiligen Zweifachkombinationen ungenügend wirksam sind.

In Kombination mit prandialem (kurzwirksamem) Insulin, mit oder ohne Metformin, ausschliesslich bei Patienten mit ungenügender Blutzuckerkontrolle unter vorgängiger Therapie mit Metformin und Trulicity.

Mindestens BMI 28.

Zusätzliche Medikamente zur Gewichtsreduktion werden nicht vom Krankenversicherer vergütet.

1. Verschreibung als in-label-use ausserhalb der Limitatio (off-limitation-use)

Medizinische Begründung :

(nur für Vertrauensarzt bestimmt)

2. Verschreibung als off-label-use oder als orphan indication

Indikation :

Diagnose :

(nur für Vertrauensarzt bestimmt)

Medizinische Begründung :

(nur für Vertrauensarzt bestimmt)

Hinweise auf die Wissenschaftlichkeit der vorgesehenen Behandlung (aktuelle Studienlage) :

Bitte legen Sie eine Liste mit massgeblichen Titeln und Links der Ihnen bekannten Studien (bzw. Abstracts) bei.

4. Bemerkungen:

5. Anfragender Arzt/Ärztin:

Name: Vorname:

Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort: Fax:

Tel.: E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum:

Stempel/Unterschrift:.....