

Dieses Kostengutsprache-Formular wurde in Zusammenarbeit mit Kardiologen,
Nephrologen und Vertrauensärzten erarbeitet.

Fragen und Anregungen bitte per E-Mail (max.switzerland@viforpharma.com) zusenden.



Vertrauensärztlicher Dienst:

Indikation:

Behandlung einer Hyperkaliämie* bei Erwachsenen

Limitatio:

VELTASSA wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes vergütet bei erwachsenen, nicht dialysierten Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz (Behandlungsbeginn muss in CKD-Stadium III oder IV erfolgen; die glomeruläre Filtrationsrate muss unter 60 ml/min/1.73 m² liegen), die während einer Therapie mit einem Inhibitor des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems eine chronisch rekurrende und durch wiederholte Messungen festgestellte Hyperkaliämie entwickelten, und bei denen Kationenaustauscher eingesetzt werden müssen, da die nicht-medikamentösen Massnahmen (Diät) und die bisherigen medikamentösen Massnahmen (z. B. kaliumsenkende Diuretika) zur Normalisierung des Kaliumspiegels (unter <5.5 mmol/L) nicht genügten.

Die Erstverschreibung von VELTASSA darf nur durch Kardiologen oder Nephrologen erfolgen.

Personalien des Patienten / der Patientin:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Versicherten-Nr.:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Medizinische Daten: (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt)

Kaliumwerte im Bereich von mmol/L wurden über einen Zeitraum von (z. B. 2 Wochen) wiederholt festgestellt.

Der Patient / die Patientin wurde mit CKD-Stadium III oder IV diagnostiziert. Der Patient / die Patientin ist nicht dialysepflichtig. Ja Nein

Der Patient / die Patientin steht unter Therapie mit einem RAAS-Inhibitor. Ja Nein

Medikamentöse (z. B. kaliumsenkende Diuretika) und nichtmedikamentöse Massnahmen wurden durchgeführt aber haben nicht zu einer Verbesserung der Situation geführt. Ja Nein

Bemerkungen, Ergänzungen: (optional, z. B. wenn die oben genannten Bedingungen nicht alle erfüllt sind)**

Behandelnde/r Arzt/Ärztin:

Arzt/Ärztin

Telefon

Fax

GLN

ZSR

eMail

Unterschrift

Datum

* Allgemein definiert als Kaliumwerte >5 mmol/L (siehe z. B. Rosano GMC, et al. Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother 2018;4(3):180–188).

** Wenn nicht alle in der Limitatio genannten Kriterien erfüllt sind, entscheidet die Krankenkasse nach Rücksprache mit dem Vertrauensarzt, ob Veltassa gemäss Artikel 71a–d der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) erstattet werden kann.