

Antrag auf Bestätigung der Kostenübernahme für das Arzneimittel DUPIXENT® (Dupilumab)

.....
Mitglied (Vor- und Nachname)

.....
Versicherungsnummer

.....
Geburtsdatum

.....
Adresse

.....
Ort, Datum

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin seit in Behandlung bei
aufgrund meiner schweren chronischen Rhinosinusitis mit Nasenpolypen (CRSwNP).

Hiermit beantrage ich die Erstattung des Medikaments DUPIXENT® für die Behandlung meiner CRSwNP. Als Begründung für diesen Antrag habe ich Ihnen das Schreiben meines Arztes beigelegt.

Ich bitte um eine schriftliche Bestätigung der Kostenübernahme von DUPIXENT®.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Ärztliche Stellungnahme zur Bestätigung der medizinischen Notwendigkeit der Behandlung mit dem Arzneimittel DUPIXENT® (Dupilumab)

Ihr Mitglied (Vor- und Nachname)

Geburtsdatum

Adresse

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei Ihrem o.g. Mitglied, das sich seit in meiner Behandlung befindet, liegt eine schwere chronische Rhinosinusitis mit Nasenpolypen (ICD J32.0, J33.0) vor.

Unsere Patientin/ unser Patient

- hat auf den bisherigen leitliniengerechten Einsatz unterschiedlicher Maßnahmen bzw. Therapeutika nicht ausreichend angesprochen.
- ist stark durch ihre/seine Erkrankung eingeschränkt und in ihrer/seiner Lebensqualität erheblich beeinträchtigt.

Die oben genannte Diagnose ist anhand der Diagnosekriterien gemäß dem aktuellen medizinischen Sachstand (z.B. Kriterienkatalog des AeDA) gesichert und dokumentiert.

Daher empfehlen wir eine Therapie mit DUPIXENT® (Dupilumab). Dieses Arzneimittel ist als Add-on-Therapie mit intranasalen Kortikosteroiden für erwachsene Patienten mit schwerer chronischer Rhinosinusitis mit Nasenpolypen zugelassen. Die zugelassene Dosis beträgt 300mg alle zwei Wochen als subkutane Injektion. Am 14. Mai 2020 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) DUPIXENT® (Dupilumab) einen Hinweis für einen beträchtlichen Zusatznutzen zugesprochen. Vor dem Hintergrund der nicht ausreichenden Wirksamkeit bisheriger Therapieversuche sowie einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung anderer zugelassener Systemtherapeutika erachte ich Dupilumab als die bestmögliche Therapieoption für meinen Patienten/meine Patientin. Der Einsatz von Dupilumab erfolgt gemäß Zulassung und Leitlinie.

Ich bitte Sie hiermit, die Kostenübernahme der Behandlung zu bestätigen.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift

Mitglied (Vor- und Nachname)

Versicherungsnummer

Adresse

Bestätigung der Kostenübernahme für das Arzneimittel DUPIXENT® (Dupilumab)

Krankenkasse (Name)

Geschäftsstelle

Adresse

Hiermit bestätigen wir die Übernahme der Kosten für Ihre Behandlung der schweren chronischen Rhinosinusitis mit Nasenpolypen, die mit systemischen Kortikosteroiden und/oder chirurgischem Eingriff nicht ausreichend kontrolliert werden kann, mit DUPIXENT® (Dupilumab).

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift