

Kostengutsprachegesuch für Transplantationen

solider Organe oder Stammzellen

1 Empfänger/Empfängerin (CSS-versicherte Person)

Vorname <input type="text"/>	Name <input type="text"/>	Geburtsdatum <input type="text"/>
Geschlecht <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich	Strasse, Hausnummer <input type="text"/>	PLZ/Ort <input type="text"/>
Krankenversicherer <input type="text"/>	Kundennummer <input type="text"/>	

2 Transplantationszentrum

Transplantationszentrum <input type="text"/>	Telefonnummer <input type="text"/>	Geplantes Datum des Spitaleintritts zur Transplantation <input type="text"/>
Transplantationskoordinator/in <input type="text"/>	Faxnummer <input type="text"/>	

3 Medizinische Indikation

ICD 10-Code <input type="text"/>	Handelt es sich bei dem Eingriff um eine Pflichtleistung nach KVL-Anhang 1, Art. 1.2 oder Art. 2.1? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Geburtsgebrechen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
-------------------------------------	--	---

Zur Prüfung unserer Leistungspflicht stellen Sie uns bitte zu Händen unseres Vertrauensarztes einen detaillierten Arztbericht zu.

4 Personalien Lebendspender/Lebendspenderin

Vorname <input type="text"/>	Name <input type="text"/>	Geburtsdatum <input type="text"/>
Geschlecht <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich	Verwandtschaftsgrad bzw. Beziehung zum Empfänger <input type="text"/>	

5 Vorbereitung allogene hämatopoietische Stammzellen-/Nieren- bzw. Nieren-Pankreas-Transplantation

<input type="checkbox"/> HLA-Typisierung Familienspender/Fremdspender	<input type="checkbox"/> HLA-Typisierung (Empfänger)
<input type="checkbox"/> Wiederholte HLA-Typisierung, Datum der letzten Typisierung	<input type="checkbox"/> Angabebestimmung bezüglich Immunologie

6 Transplantation

<input type="checkbox"/> Autogene hämatopoietische Stammzell-Transplantation	<input type="checkbox"/> Gewinnungsphase
<input type="checkbox"/> Purgung	<input type="checkbox"/> Eine Transplantation <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Mehrere Transplantationen	<input type="checkbox"/> Transplantationsphase; wie viele? <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> allogene hämatopoietische Stammzell-Transplantation	Begründung
<input type="checkbox"/> geno-identische Geschwister	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> haplo-identischer Familienspender	
<input type="checkbox"/> gewöhnliche Transplantation	
<input type="checkbox"/> Mini-Transplant	
<input type="checkbox"/> Fremdspender	

7 Künstlicher Ventrikel (bridge to transplant)

Kurzzeit

Ist der Patient auf der Warteliste für eine Herztransplantation Ja Nein

Mittel- bis Langzeit

8 Ergänzende Angaben

Handelt es sich um eine Autoimmunerkrankung?

Ja Nein

Wird die Behandlung im Rahmen einer Studie oder Multicenterstudie durchgeführt?

Ja Nein

Name der Studie

9 Fremdspendersuche

Registrierung

Spendersuche

Spender-Lymphozytenspende

Transplantatbereitstellung

10 Unterschrift Arzt

Vorname

Name

Ort

Unterschrift Arzt

Einsenden an:

CSS, Vertrauensärztlicher Dienst, Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern

HIN-Adresse: avd.d@css.ch

Rechtsträger für Grundversicherung nach KVG: CSS Kranken-Versicherung AG

Rechtsträger für Versicherung nach VVG: CSS Versicherung AG

Rechtsträger für Unfallversicherung nach UVG: CSS Versicherung AG