

Helsana Versicherungen AG
Postfach
8081 Zürich

Kostengutsprachegesuch für Transplantationen solider Organe oder Stammzellen

1	Transplantationsspital	_____
		Transplantationsart
		Geplantes Datum des Spitaleintritts zur Transplantation
	Transplantations- koordinator/in	Name
		Telefon
		Telefax
2	Empfänger/in	Name, Vorname
		Geburtsdatum
		Geschlecht
		Strasse, Nr.
		PLZ, Ort
		Krankenversicherer
		Versicherungs-Nr.
3	Medizinische Indikation	ICD 10-Code
		Handelt es sich bei dem Eingriff um eine Pflichtleistung nach KLV Anhang 1, Art. 1.2 oder Art. 2.1? <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	Lebendspender/in	Name, Vorname
		Geburtsdatum
		Geschlecht
		Verwandtschaftsgrad bzw. Beziehung
		<input type="checkbox"/> Leichenspende
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 Angabebestimmung bezüglich Immunologie
6	Transplantation	<input type="checkbox"/> autologe hämatopoietische Stammzell-Transplantation <input type="checkbox"/> Gewinnungsphase <input type="checkbox"/> Purgung <input type="checkbox"/> eine Transplantation <input type="checkbox"/> mehrere Transplantationen <input type="checkbox"/> Transplantationsphase; wie viele? Begründung

Empfänger/in

Fortsetzung Transplantation

Name, Vorname

- allogene hämatopoietische Stammzell-Transplantation
 - geno-identische Geschwister
 - haplo-identischer Familienspender
 - gewöhnliche Transplantation
 - Mini-Transplant
 - Fremdspender
-

7 Künstlicher Ventrikel

(bridge to transplant)

- Kurzzeit
 - Mittel bis Langzeit
-

Ist der Patient auf der Warteliste für eine Herztransplantation?

 Nein Ja

8 Ergänzende Angaben

Handelt es sich um eine Autoimmunerkrankung?

 Nein Ja

Wird die Behandlung im Rahmen einer Studie oder Multicenterstudie durchgeführt?

 Nein Ja

Name der Studie

9 Fremdspendersuche

- Registrierung
 - Spendersuche
 - Spender- Lymphozytenspende
 - Transplantatbereitstellung
-

10 Unterschrift Arzt

Datum

Name, Vorname

Unterschrift Arzt
