

Helsana Versicherungen AG  
Postfach  
8081 Zürich

## Kostengutsprachegesuch für Transplantationen solider Organe oder Stammzellen

<b>1</b>	<b>Transplantationsspital</b>	_____
		Transplantationsart
		Geplantes Datum des Spitaleintritts zur Transplantation
	Transplantations- koordinator/in	Name
		Telefon
		Telefax
<b>2</b>	<b>Empfänger/in</b>	Name, Vorname
		Geburtsdatum
		Geschlecht
		Strasse, Nr.
		PLZ, Ort
		Krankenversicherer
		Versicherungs-Nr.
<b>3</b>	<b>Medizinische Indikation</b>	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.
<b>4</b>	<b>Lebendspender/in</b>	Name, Vorname
		Geburtsdatum
		Geschlecht
		Verwandtschaftsgrad bzw. Beziehung
		<input type="checkbox"/> Leichenspende
<b>5</b>	<b>Vorbereitung allogene hämatopoietische Stammzellen/Nieren- bzw. Nieren-Pankreas Transplantation</b>	<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
<b>6</b>	<b>Transplantation</b>	<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

---