

Anforderung zur Ersteinstellung

für niedergelassene Gastroenterologen

(eine Infusion pro Patient/in, zur Ersteinstellung auf Entyvio®)



**MADE
FOR NOW**

➔ **An: Takeda Pharma, Servicecenter, Fax: 0049-7531-8494410**

(Mail: customer-servicecenter@takeda.com, Tel: 01/524 40 64-0)

Bitte beachten Sie, dass die Anforderung nur mit einem vollständig ausgefüllten Formular bearbeitet werden kann.

Vor Anwendung beachten Sie bitte die **Fachinformation** und den **Regeltext lt. EKO**.

Gelbe Box – Erstattung als Erstlinien-Biologikum ab Oktober 2020!

Behandelnder Arzt:

Vor-/Zuname: _____

Facharzt für: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Email (für Rückfragen): _____

Ordinationszeiten (wichtig für Anlieferung): bitte entweder ankreuzen oder genaue Zeiten eintragen.

	Vormittag	Nachmittag
Montag:	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Dienstag:	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Mittwoch:	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Donnerstag:	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Freitag:	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Ich ersuche um Zusendung einer kostenlosen Packung Entyvio® IV für die erste Infusion für folgende/n Patienten/in:

Geburtsjahr: ____

Geschlecht: männlich weiblich

Indikation: Colitis ulcerosa
 Morbus Crohn

Vorangegangene Therapie mit anderen Biologika/JAK-Inhibitoren
 ja Versagen auf 1 andere Vortherapie (Biologika/JAK-Inh.)
 nein Versagen auf mehr als 1 Vortherapie (Biologika/JAK-Inh.)

Vorgesehen zur Erhaltungstherapie mit:

Entyvio® IV
 Entyvio® SC

Jahr der Erstdiagnose: ____

Geplanter Therapiebeginn: ____
Tag Monat Jahr

Entyvio® Pat. Pass Nr.: ____