

# Anforderung zur Ersteinstellung

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



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

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

**MADE FOR NOW**

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!**

## Behandlungszentrum:

Krankenhaus: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

Abteilungs-LeiterIn: \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Email (für Rückfragen): \_\_\_\_\_

**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.: \_ \_ \_ \_ \_

Die Gratis-Infusion wird über die **Anstaltsapotheke** zur Verfügung gestellt.

Kostenstellenstempel:

Genehmigt Takeda Pharma Ges.m.b.H.

Paraphe Apotheke:

Datum: