



CSS

Versicherung

# Kostengutsprache gesuch für Transplantationen solider Organe oder Stammzellen

## 1 Empfänger/Empfängerin (CSS-versicherte Person)

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

## 2 Transplantationszentrum

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

## 3 Medizinische Indikation

ICD 10-Code	Handelt es sich bei dem Eingriff um eine Pflichtleistung nach KVL-Anhang 1, Art. 1.2 oder Art. 2.1?	Geburtsgebrechen
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<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	Name	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht	Verwandtschaftsgrad bzw. Beziehung zum Empfänger	
<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich	<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="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 Versicherung, Vertrauensärztlicher Dienst, Tribtschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern

HIN-Adresse: avd.d@css.ch

Rechtsträger für Grundversicherung nach KVG: CSS Kranken-Versicherung AG, INTRAS Kranken-Versicherung AG, Arcosana AG, Sanagate AG

Rechtsträger für Versicherung nach VVG: CSS Versicherung AG, INTRAS Versicherung AG

Rechtsträger für Unfallversicherung nach UVG: CSS Versicherung AG