

Absender

KPT
Postfach
3001 Bern

Kostengutsprachegesuch für Transplantationen solider Organe oder Stammzellen

Transplantationsspital

Transplantationsspital _____
Transplantationsart _____
Geplantes Datum des Spitaleintritts zur Transplantation _____
Transplantations-
Koordinator/in Name _____
Telefon _____ Fax _____

Empfänger/in

Name/Vorname _____ Geburtsdatum _____
Strasse _____ Geschlecht M W
PLZ/Ort _____
Krankenversicherer _____ Policen-Nr. _____

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? Ja Nein

Zur Prüfung unserer Leistungspflicht stellen Sie uns bitte zu Händen unseres Vertrauensarztes einen detaillierten Arztbericht zu.

Spender/Spenderin

Lebendspender/in
Name/Vorname _____ Verwandtschaftsgrad bzw. Beziehung _____
Geburtsdatum _____ Geschlecht M W

Leichenspende

Vorbereitung Transplantation

Vorbereitung allogene hämatopoietische Stammzellen / Nieren-bzw. Nieren-Pankreas Transplantation: HLA-Typisierung Familienspender/Fremdspender
HLA-Typisierung (Empfänger)
Wiederholte HLA-Typisierung, Datum der letzten Typisierung
Angabebestimmung bezüglich Immunologie

Fortsetzung
Empfänger/in

Name, Vorname _____

Transplantation

autologe hämatopoietische Stammzell-Transplantation

Gewinnungsphase

Purging

eine Transplantation

mehrere Transplantationen

Transplantationsphase wie viele? _____

Begründung _____

allogene hämatopoietische Stammzell-Transplantation

geno-identische Geschwister

haplo-identischer Familienspender

gewöhnliche Transplantation

Mini-Transplant

Fremdspender

Künstlicher Ventrikel

(bridge to transplant)

Kurzzeit

Mittel bis Langzeit

Ist der Patient auf der Warteliste für eine Herz-
transplantation?

Ja

Nein

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 _____

Fremdspendersuche

Registrierung

Spendersuche

Spender-Lymphozytenspende

Transplantatbereitstellung

Unterschrift Arzt

Name, Vorname _____

Ort und Datum _____

Unterschrift Arzt _____