

Absender

KPT  
Postfach  
3001 Bern

## Kostengutsprache gesuch 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 \_\_\_\_\_