

# Antrag auf Bestätigung der Kostenübernahme für das Arzneimittel Dupilumab

.....  
Mitglied (Vor- und Nachname)

.....  
Versicherungsnummer

.....  
Adresse

**Sehr geehrte Damen und Herren,**

ich bin seit ..... in Behandlung bei .....  
aufgrund einer mittelschweren bis schweren Prurigo nodularis bei Erwachsenen.

Hiermit beantrage ich die Erstattung des Medikamentes Dupilumab für die Behandlung meiner Prurigo nodularis.  
Als Begründung für diesen Antrag habe ich Ihnen das Schreiben meines Arztes beigelegt.

Ich bitte um eine schriftliche Bestätigung der Kostenübernahme von Dupilumab.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

# Ärztliche Stellungnahme zur Bestätigung der medizinischen Notwendigkeit der Behandlung mit dem Arzneimittel Dupilumab

Ihr Mitglied (Vor- und Nachname)

Geburtsdatum

Adresse

**Sehr geehrte Damen und Herren,**

bei Ihrem o.g. Mitglied, das sich seit ..... in meiner Behandlung befindet, liegt eine mittelschwere bis schwere Prurigo nodularis bei Erwachsenen (ICD-10: L28.1) vor.

## Unsere Patientin / unser Patient

- Hat auf den bisherigen Einsatz unterschiedlicher topischer Therapeutika und/oder Lichttherapie nicht ausreichend angesprochen.

Hinweis

- Ist stark durch ihre/seine Erkrankung eingeschränkt und in ihrer/seiner Lebensqualität erheblich beeinträchtigt.

Hinweis

- Hat  $\geq 20$  erhabene Prurigo-Läsionen und/oder relevante therapierefraktäre Läsionen.

Hinweis

- Die oben genannte Diagnose ist anhand der Scores (z. B. WI-NRS, IGA-CPG, DLQI) gesichert und dokumentiert.

Hinweis

Daher empfehlen wir eine Therapie mit Dupilumab. Dieses Arzneimittel ist für Erwachsene mit mittelschwerer bis schwerer Prurigo nodularis, die für eine Systemtherapie in Betracht kommen, zugelassen. Die genaue Dosierung und der Therapieplan sind in der Patientenakte hinterlegt.<sup>1</sup>

Vor dem Hintergrund der nicht ausreichenden Wirksamkeit bisheriger Therapieversuche mit topischen Medikamenten, lokalen Maßnahmen oder Phototherapien, erachte ich Dupilumab, als einzige zugelassene Systemtherapie zur Behandlung der Prurigo nodularis, als die bestmögliche Option für meinen Patienten / meine Patientin. Der Einsatz von Dupilumab erfolgt gemäß Zulassung und Berücksichtigung der aktuellen S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des chronischen Pruritus.\*<sup>1</sup>

Ich bitte Sie hiermit, die Kostenübernahme der Behandlung zu bestätigen.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

\* [https://register.awmf.org/assets/guidelines/013-048l\\_S2k\\_Diagnostik-Therapie-des-chronischen-Pruritus\\_2022-09.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/013-048l_S2k_Diagnostik-Therapie-des-chronischen-Pruritus_2022-09.pdf); letzter Zugriff: März 2023.

<sup>1</sup> DUPIXENT® Fachinformation, aktueller Stand.

.....  
Mitglied (Vor- und Nachname)

.....  
Versicherungsnummer

.....  
Adresse

## Bestätigung der Kostenübernahme für das Arzneimittel Dupilumab

.....  
Krankenkasse (Name)

.....  
Geschäftsstelle

.....  
Adresse

Hiermit bestätigen wir die Übernahme der Kosten für Ihre Behandlung der mittelschweren bis schweren Prurigo nodularis mit Dupilumab.

Mit freundlichen Grüßen

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift