

CYRAMZA® (Ramucirumab)

Kostengutsprache gesuch zu Handen des Vertrauensarztes

Abgabe gemäss Limitatio: Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Siehe auch [Spezialitätenliste](#).

Personalien Patient/in:

Name:	Vorname:	Geb. Datum:	Geschlecht:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂
Strasse:	Adresszusatz:	Grösse (cm):	Gewicht (kg):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ:	Ort:	Krankenversicherer:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Versicherten-Nr.:	Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Adresszusatz:	PLZ:	Ort:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt). Eine Kostengutsprache wird beantragt für

- Cyramza® in Kombination mit Paclitaxel für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit ECOG-Status 0 oder 1 mit fortgeschrittenem Adenokarzinom des Magens oder gastroösophagealen Übergangs mit einem Progress nach vorausgegangener Platin- und Fluoropyrimidin-haltiger Chemotherapie.
- Cyramza® als Monotherapie für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit ECOG-Status 0 oder 1 mit fortgeschrittenem Adenokarzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs mit einem Progress nach vorausgegangener Platin- oder Fluoropyrimidin-haltiger Chemotherapie, wenn diese Patienten für eine Kombinationstherapie mit Paclitaxel nicht geeignet sind.
- ECOG-Status 0 ECOG-Status 1

Angaben zur vorausgegangene Chemotherapie:

- Cyramza® in Kombination mit FOLFIRI (Irinotecan, Folinsäure und 5-Fluorouracil) für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem kolorektalem Karzinom (mKRC) mit Progress während oder nach vorausgegangener Therapie mit Bevacizumab, Oxaliplatin und einem Fluoropyrimidin.

Bei zutreffender Kombinationstherapie mit FOLFIRI, bisherige Therapie und aktueller Zustand:

Ergänzungen/Bemerkungen:

Arzt/Ärztin:

Name:	Vorname:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Strasse:	PLZ:	Ort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel.:	Fax:	E-Mail:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
bei Spital zusätzlich Name des Spitals:	Abteilung:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Datum:	<input type="text"/>	