

**DARZALEX® / DARZALEX SC® (Daratumumab)**

Kostengutsprache gesuch z. H. des Vertrauensarztes

Befristete Limitation bis 31.05.2027

**DARZALEX in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason (2L+)**

(mit Preismodell)

DARZALEX/DARZALEX SC wird vergütet in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason (KDd) zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplen Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben. Dosierungsschema und Dosierung sollen nach Angaben der Fachinformation erfolgen.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: **20589.07** (bei Abgabe i.v.) / **21150.07** (bei Abgabe sc).**Personalien Patientin/Patient:**Name:  Vorname:  Geb. Datum: Geschlecht:  ♀  ♂ Strasse:  Adresszusatz: PLZ:  Ort: **Krankenversicherer:**  **Versicherten-Nr.:** Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):  Adresszusatz: PLZ:  Ort: **Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt). Bisherige Therapien:** Die Patientin/der Patient leidet an einem rezidivierenden Multiplen Myelom. Geplant ist eine Kombinationstherapie mit Carfilzomib und Dexamethason.

Zur Vorbehandlung:

Welches Medikament(e)?	von (MM/JJJJ)	bis (MM/JJJJ)	Angaben zur Wirkung:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Geplanter Beginn der Behandlung: (MM/JJJJ):  Abgabe erfolgt i.v. (Indikationscode: **20589.07**)  Abgabe erfolgt **sc** (Indikationscode: **21150.07**)

Bemerkungen, Ergänzungen:

**Anfragender Arzt/Ärztin**Name:  Vorname: Strasse:  PLZ:  Ort: Tel.  Fax:  E-Mail: bei Spital zusätzlich Name des Spitals:  Abteilung: Datum: