

DARZALEX® / DARZALEX SC® (Daratumumab)

Kostengutsprache gesuch z. H. des Vertrauensarztes

Befristete Limitation bis 31.05.2027

DARZALEX in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason (1L)

(mit Preismodell)

DARZALEX/DARZALEX SC wird vergütet in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason für die Behandlung von bisher unbehandelten erwachsenen Patienten mit multiplen Myelom, die für eine autologe Stammzelltransplantation nicht geeignet sind. Nur bis zur Progression der Krankheit.

Eine Vergütung von DARZALEX/DARZALEX SC kann nur mit einem Lenalidomid Kombinationspartner erfolgen, dessen Limitation die vorliegende Kombinationstherapie explizit aufführt. In der Limitierung des Lenalidomid-Kombinationspartners ist festgehalten, ob für das Lenalidomid-Präparat ebenfalls Rückerstattungen einzufordern sind.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: **20589.08** (bei Abgabe i.v.) / **21150.08** (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:

Die Patientin/der Patient leidet an einem Multiplen Myelom.

Patientin/Patient ist für eine autologe Stammzelltransplantation ungeeignet. Begründung:

Geplanter Beginn der Behandlung: (MM/JJJJ):

Abgabe erfolgt i.v. (Indikationscode: **20589.08**) Abgabe erfolgt sc (Indikationscode: **21150.08**)

Bemerkungen, Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin

Name: Vorname:

Strasse: PLZ: Ort:

Tel. Fax: E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: