

LENALIDOMID-TEVA® (Lenalidomid)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Limitatio: Austausch Originalpräparat/Generikum

Für die Behandlung mit LENALIDOMID-TEVA ist keine neue Kostengutsprache nötig, wenn in derselben Indikation bereits eine Kostengutsprache für das Originalpräparat oder ein anderes Generikum besteht.

Limitatio (Auszug, vollständige Limitatio siehe SL): Zur Behandlung von Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalien. Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

Personalien Patient(in):

Name:

Vorname:

Geb. Datum

Geschlecht:

☐ ♀☐ ♂

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt):

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Diagnose (ausschliesslich für Vertrauensärztin/Vertrauensarzt bestimmt):

☐

Der Patientin/der Patient leidet an einer transfusionsabhängigen Anämie infolge von **myelodysplastischem Syndrom** mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalie.

Datum der zytogenetischen Analyse:

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name:

Vorname:

Adresse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: