

MVASI® (Bevacizumab)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Indikation: Behandlung des inoperablen oder metastasierten hepatozellulären Karzinoms (HCC)

Limitatio: siehe Spezialitätenliste

Indikationscode MVASI: 21084.8, Indikationscode Tecentriq: 20641.3.

Personalien Patientin / Patient:

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Geschlecht:

 ♀ ♂

Grösse (cm):

Gewicht (kg):

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):

Adresszusatz 1:

Adresszusatz 2:

PLZ:

Ort:

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):

Die Patientin/der Patient ist an einem inoperablen oder metastasierten hepatozellulären Karzinom (HCC) erkrankt und hat keine vorgängige systemische Therapie erhalten. Patientin/Patient qualifiziert nicht für eine lokoregionale Therapie oder hat progredient auf eine solche reagiert.

ECOG-Status:

Kategorie gemäss Child-Pugh-Leberfunktionsskala:

Beginn der Therapie mit MVASI in Kombination mit TECENTRIQ:

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name:

Vorname:

Adresse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: