

# Revlimid® (Lenalidomid)

## Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

### Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

**Limitatio (Auszug, vollständige Limitatio siehe SL):** Befristete Limitation bis 31.12.2023 (Indikationscode 18541.10)

**Kombination REVLIMID, Daratumumab und Dexamethason.** Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. REVLIMID wird vergütet in Kombination mit Daratumumab und Dexamethason für die Behandlung von Patienten mit multiplem Myelom, die mindestens eine frühere Therapielinie erhalten haben.  
Nur bis zur Progression der Krankheit.

#### 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):

Die Patientin/der Patient leidet an einem vorbehandelten Multiplen Myelom. Geplant ist eine Kombinationstherapie mit Daratumumab 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"/>

#### Bemerkungen/Ergänzungen

#### Anfragender Arzt/Ärztin:

Name:  Vorname:

Adresse:  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:  Tel.:

Fax:  E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:  Abteilung:

Datum: