

Kostengutsprachege such z. H. des Vertrauensarztes

Limitatio (Auszug): Befristete Limitatio bis 30.06.2026

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Teclistamab wird als Monotherapie für die Behandlung erwachsener Patienten mit rezidiertem oder refraktärem Multiplem Myelom vergütet, die zuvor mindestens drei Therapielinien erhalten haben, darunter einen Proteasom-Inhibitor, einen immunmodulatorischen Wirkstoff und einen monoklonalen Anti-CD38-Antikörper, und welche eine Progredienz zur letzten Therapielinie gezeigt haben. Eine Vergütung von Teclistamab ist ausgeschlossen, wenn beim Patienten zuvor ein Progress unter Behandlung mit einem BCMA-gerichteten bispezifischen Antikörper in dieser Indikation auftrat.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21518.01

Personalien 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 rezidiertem oder refraktärem Multiplen Myelom.

Limitatio (Auszug): Gemäss Limitatio müssen Patienten zuvor mindestens drei Therapielinien erhalten haben, darunter einen Proteasom-Inhibitor, einen immunmodulatorischen Wirkstoff und einen monoklonalen Anti-CD38-Antikörper, und eine Progredienz zur letzten Therapielinie gezeigt haben.

Bitte beschreiben Sie die Vorthera p ien nachfolgend:

Welches Medikament(e)?

von (MM/JJJJ)

bis (MM/JJJJ)

Angaben zur Wirkung:

Bemerkungen, Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: