

# Yervoy® (Ipilimumab)

# Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

**Limitatio:** Behandlung von fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanomen bei Erwachsenen. Die maximale Dosierung beträgt 3mg/kg Körpergewicht. Es werden maximal 4 Dosen Yervoy® 3mg/kg vergütet. Eine Reinduktionsbehandlung mit Yervoy® wird nicht rückerstattet. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

## Personalien Patient(in):

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>	Geb.-Dat.:	<input type="text"/>	m	w
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strasse:	<input type="text"/>		Adresszusatz:	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			<input type="text"/>			
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
<b>Krankenversicherer:</b>	<input type="text"/>		Versicherten-Nr.:	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			<input type="text"/>			
Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt)	<input type="text"/>		Adresszusatz:	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			<input type="text"/>			
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>		<input type="text"/>				

## Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):

Ich bestätige, dass es sich um eine Behandlung eines fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanoms bei einem erwachsenen Patienten handelt und eine systemische Therapie erforderlich ist.

## Ergänzungen:

## Vorgesehene Therapie Yervoy® (Dosierung: 3mg/kg Körpergewicht)

Gewicht des Pat (kg):	<input type="text"/>	Benötigte Dosis (mg):	<input type="text"/>
Anzahl benötigte Durchstechfl. à 50mg/10ml	<input type="text"/>	Anzahl benötigte Durchstechfl. à 200mg/40ml	<input type="text"/>

## Arzt/Ärztin:

Name:	<input type="text"/>		Vorname:	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Strasse:	<input type="text"/>	PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
Tel.	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>

## bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

## Abteilung:

Datum: .....

Stempel/Unterschrift:.....