

**Kostengutsprache gesuch z. H. des Vertrauensarztes**

**Limitatio:** befristete Limitation bis 30.09.2024  
siehe auch Spezialitätenliste

**Personalien Patientin:**

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

**Krankenversicherer:**

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

**Medizinische Daten:**

Patientin ist an einem BRCA-mutierten, fortgeschrittenen (FIGO Stadium III und IV) high-grade serösem oder einer anderen homologen Rekombinationsdefizienz (HRD) vorliegenden

Ovarial-  Tuben  Peritonealkarzinom erkrankt

Diagnosestellung (MM/JJJJ):

Zur Vortherapie:

Medikament oder Wirkstoff:

Anzahl Zyklen:

Angaben zur Wirkung:

Geplanter Beginn der Behandlung mit Zejula® (MM/JJJJ):

Bemerkungen, Ergänzungen:

**Anfragende(r) Ärztin/Arzt**

Fachärztin/-arzt für Gynäkologie

Fachärztin/-arzt für Onkologie

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: