

# Abraxane® (nab-Paclitaxel)      Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

## Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

### Für die Behandlung des metastasierenden Mammakarzinoms

**Limitatio:** Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Behandlung des metastasierenden Mammakarzinoms nach Versagen einer Chemotherapie oder Rezidiv innert 6 Monaten nach adjuvanter Chemotherapie. In der Vortherapie sollte ein Anthrazyklin enthalten gewesen sein, es sei denn, es bestand eine klinische Kontraindikation. Die Therapie muss als Monotherapie verabreicht werden. Eine Kombination mit Biologika oder antihormoneller Therapie ist nicht möglich. Abraxane soll nicht als Alternative für andere Paclitaxel-Formulierungen verwendet werden, es sei denn die Behandlung mit anderen Paclitaxel-Formulierungen ist ungeeignet.

#### Personalien Patient:

Name:  Vorname:  Geb. Datum:

Geschlecht:  ♀  ♂ Strasse:  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

Krankenversicherer:  Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

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

Es handelt sich um eine Abgabe von Abraxane® zur Behandlung des metastasierenden Mammakarzinoms

- nach Versagen einer Chemotherapie(n), oder  
 oder bei einem Rezidiv innert 6 Monaten nach adjuvanter(n) Chemotherapie(n):

Beschreibung der vorangegangenen Chemotherapie(n) bzw. der adjuvanten Chemotherapie(n):

Zur bisherigen Therapie: beinhaltet diese Anthracyklin?  Ja  Nein

Falls Nein: weshalb nicht?

Wird Abraxane® mit einem Biologikum oder einer antihormonellen Therapie kombiniert?  Ja  Nein

Andere Paclitaxel-Formulierungen sind ungeeignet wegen:

**Anfragender Arzt/Ärztin:**

Name:

Vorname:

Adresse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum:

Stempel/Unterschrift:.....