

Bevacizumab-Teva® (Bevacizumab)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Indikation: Kolorektalkarzinom

Limitatio (Auszug)

Austausch Referenzpräparat/Biosimilar: Für die Behandlung mit BEVACIZUMAB-TEVA ist keine neue Kostengutsprache nötig, wenn in derselben Indikation bereits eine Kostengutsprache für das Referenzpräparat oder ein anderes Biosimilar besteht.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: **21264.01**.

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 metastasierten Karzinom des Kolons oder Rektums und soll eine Therapie mit Bevacizumab-Teva erhalten.

Als : First-Line-Therapie in Kombination mit 5-Fluorouracil/Folinsäure, 5-Fluorouracil/Folinsäure/Irinotecan oder Capecitabine/Oxaliplatin (XELOX).

Second-Line in Kombination mit einem Irinotecan- oder Oxaliplatin-haltigen Chemotherapieschema nach vorheriger Oxaliplatin- oder Irinotecan-basierter Chemotherapie mit oder ohne Bevacizumab.

Falls Zweitlinientherapie, zur Vorbehandlung:

Welches Medikament(e)? von (MM/JJJJ) bis (MM/JJJJ) Angaben zur Wirkung:

Bemerkungen/Ergänzungen

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name: Vorname:

Adresse: Adresszusatz:

PLZ: Ort: Tel.:

Fax: E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: