

Bevacizumab-Teva® (Bevacizumab)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Indikation: BEVACIZUMAB-TEVA in Kombination mit Atezolizumab (TECENTRIQ) zur Behandlung des inoperablen oder metastasierten hepatozellulären Karzinoms (HCC)

Anmerkung zu Indikation HCC: Befristete Limitation bis 30.06.2025

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: **21264.08**.

Personalien Patientin / Patient:

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>	Geb. Datum:	<input type="text"/>
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂	Grösse (cm):	<input type="text"/>	Gewicht (kg):	<input type="text"/>
Adresszusatz:	<input type="text"/>	Strasse:	<input type="text"/>		
Krankenversicherer:	<input type="text"/>	PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):	<input type="text"/>	Versicherten-Nr.:	<input type="text"/>		
Adresszusatz 2:	<input type="text"/>	Adresszusatz 1:	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>	PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):

Die Patientin/der Patient ist an einem inoperablen oder metastasierten hepatozellulären Karzinom (HCC) erkrankt und hat keine vorgängige systemische Therapie erhalten. Patientin/Patient qualifiziert nicht für eine lokoregionale Therapie oder hat progredient auf eine solche reagiert.

ECOG-Status: Kategorie gemäss Child-Pugh-Leberfunktionsskala:

Beginn der Therapie mit Bevacizumab-Teva in Kombination mit TECENTRIQ:

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>	Adresszusatz:	<input type="text"/>
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>	Tel.:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:	<input type="text"/>	Abteilung:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>		