

DARZALEX® / DARZALEX SC® (Daratumumab)**Kostengutsprachegesuch z. H. des Vertrauensarztes**

Befristete Limitation bis 31.05.2027

DARZALEX in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason (2L+)

(mit Preismodell)

DARZALEX/DARZALEX SC wird vergütet in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplen Myelom, die mindestens eine frühere Therapielinie erhalten haben. Nur bis zur Progression der Krankheit. DARZALEX/DARZALEX SC wird nicht vergütet, wenn die Patienten unter vorgängiger Behandlung mit einem CD38 Antikörper refraktär und/oder rezidivierend waren.

Eine Vergütung von DARZALEX/DARZALEX SC kann nur mit einem Lenalidomid Kombinationspartner erfolgen, dessen Limitation die vorliegende Kombinationstherapie explizit aufführt. In der Limitierung des Lenalidomid-Kombinationspartners ist festgehalten, ob für das Lenalidomid-Präparat ebenfalls Rückerstattungen einzufordern sind.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: **20589.02** (bei Abgabe i.v.) / **21150.02** (bei Abgabe sc).**Personalien Patientin/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). Bisherige Therapien:

- Die Patientin/der Patient leidet an einem Multiplen Myelom. Geplant ist eine Kombinationstherapie mit Lenalidomid und Dexamethason.

Zur Vorbehandlung:

Welches Medikament(e)?

von (MM/JJJJ)

bis (MM/JJJJ)

Angaben zur Wirkung:

Geplanter Beginn der Behandlung: (MM/JJJJ):

- Abgabe erfolgt **i.v.** (Indikationscode: **20589.02**) Abgabe erfolgt **sc** (Indikationscode: **21150.02**)

Bemerkungen, Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: