

Imbruvica® (Ibrutinib)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

1L chronisch lymphatische Leukämie, uIGHV (CLL, Kombinationstherapie).

Indikationscode: 21011.02

Limitatio (Auszug): Befristete Limitation bis 30.04.2028

Als Kombinationstherapie mit Rituximab zur Behandlung erwachsener Patienten ≤70 Jahren mit unmutiertem IGHV Status, die nicht vorbehandelt sind und für die eine Fludarabin-basierte Immunchemotherapie in voller Dosis nicht in Frage kommt.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21011.02.

Personalien Patient(in):

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Geschlecht:

☐ ♀☐ ♂

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt):

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Medizinische Daten:

☐

Patient/in ist einer chronisch lymphatischen Leukämie erkrankt

☐

Patient/in ist ≤70 jährig

☐

mit unmutiertem IGHV Status

☐

nicht vorbehandelt

☐

keine 17p-Deletion oder TP53-Mutation

☐

kommt nicht für eine Fludarabin-basierte Immunchemotherapie in voller Dosis in Frage

Bemerkungen/Ergänzungen:

Geplanter Beginn der Therapie mit Imbruvica® und Rituximab (MM/JJJJ):

Anfragender Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: