

# Imbruvica® (Ibrutinib)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Indikation: Morbus Waldenström (MW, Monotherapie).

Indikationscode: 21011.05

**Limitatio (Auszug):** Als Monotherapie in der ersten Linie zur Behandlung symptomatischer erwachsener Patienten mit MW, die für eine Rituximab-basierte Chemo-Immuntherapie (DRC, BR, BDR, VR) nicht in Frage kommen, oder als Monotherapie zur Behandlung symptomatischer erwachsener Patienten mit MW, die mindestens eine vorangehende Therapie erhalten haben und innerhalb von 24 Monaten nach einem Rituximab-basierenden Therapieregime einen Rückfall hatten.  
Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21011.05

## 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 an Morbus Waldenström erkrankt und kommt für eine Rituximab-basierte Chemotherapie (DRC, BR, BDR, VR) nicht infrage. Dies aus folgendem Grund (folgenden Gründen):

Patient/in ist an Morbus Waldenström erkrankt und hatte mindestens eine vorgehende Therapie und hatte innerhalb von 24 Monaten nach einem Rituximab-basierenden Therapieregime einen Rückfall.

Zusammenfassung der bisherigen Therapie und aktueller Stand:

## Bemerkungen/Ergänzungen:

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

## Anfragender Arzt/Ärztin

Name:  Vorname:

Strasse:  PLZ:  Ort:

Tel.  Fax:  E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:  Abteilung:

Datum: