

# Jemperli® (Dostarlimab)

Kostengutsprache gesuch z. H. des Vertrauensarztes

Limitatio: befristete Limitatio bis 28.02.2029

Limitatio (Auszug); Befristete Limitation bis 28.02.2029

Endometriumkarzinom mit fehlerhafter DNA-Mismatch-Reparatur (dMMR)/ hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) (Kombination mit Platin- Chemotherapie)

JEMPERLI in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel wird vergütet für die Behandlung erwachsener Patientinnen mit primär fortgeschrittenem oder rezidivierendem Endometriumkarzinom (EC) mit fehlerhafter DNA-Mismatch-Reparatur (dMMR)/hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H), ohne vorherige Anti-PD-1/Anti-PD-L1 Therapie, mit hohem Rezidivrisiko und max. einem vorherigen Rezidiv, die für eine systemische Therapie in Frage kommen.

Die maximale Therapiedauer beträgt 3 Jahre.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: **21373.02**

## Personalien Patientin:

|          |                      |               |                      |             |                      |
|----------|----------------------|---------------|----------------------|-------------|----------------------|
| Name:    | <input type="text"/> | Vorname:      | <input type="text"/> | Geb. Datum: | <input type="text"/> |
| Strasse: | <input type="text"/> | Adresszusatz: | <input type="text"/> |             |                      |
| PLZ:     | <input type="text"/> | Ort:          | <input type="text"/> |             |                      |

## Krankenversicherer:

|  |                      |                   |                      |
|--|----------------------|-------------------|----------------------|
| Krankenversicherer:                            | <input type="text"/> | Versicherten-Nr.: | <input type="text"/> |
| Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): | <input type="text"/> | Adresszusatz:     | <input type="text"/> |
| PLZ:   | <input type="text"/> | Ort:              | <input type="text"/> |

## Medizinische Daten:

- Patientin leidet an einem primär fortgeschrittenem oder rezidivierendem EC mit dMMR/MSI-H Status, kommt für eine systemische Therapie in Frage und hat bisher keine Anti-PD-1/Anti-PD-L1 Therapie erhalten
- Patientin hat ein hohes Rezidivrisiko und maximal einen vorherigen Rezidiv

Zur Vorbehandlung

| Welches Medikament inkl. Dosis ? | Von (MM/JJJJ)        | bis (MM/JJJJ)        | Angaben zur Wirkung  |
|----------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/>             | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>             | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>             | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Bemerkungen/Ergänzungen

## Anfragender Arzt/Ärztin

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

Datum: