

**Limitatio (Auszug):** Befristete Limitation bis 31.01.2024

Die Vergütung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die maximale Anzahl an erstattbaren Packungen beträgt 36 (inkl. Packungen, die von der Zulassungsinhaberin rückerstattet werden). Nur als Monotherapie für die Behandlung erwachsener Patientinnen mit rezidivierendem oder fortgeschrittenem, Endometriumkarzinom (EC) mit fehlerhafter DNA-Mismatch-Reparatur (dMMR/hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H), das während oder nach einer vorherigen Behandlung mit einem platinhaltigen Behandlungsschema progredient war. Jemperli wird nicht vergütet bei Patientinnen, die bereits eine Therapie mit Pembrolizumab in der gleichen Indikation erhalten haben.

**Personalien Patientin:**

Name:  Vorname:  Geb. Datum:

Strasse:  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

Krankenversicherer:  Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

**Medizinische Daten:**

- Patientin leidet an einem rezidivierenden oder fortgeschrittenen, Endometriumkarzinom (EC) mit fehlerhafter DNA-Mismatch-Reparatur (dMMR/hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H))
- Patientin war während oder nach einer vorherigen Behandlung mit einem platinhaltigen Behandlungsschema progredient und hat bisher kein Pembrolizumab in der gleichen Indikation erhalten.

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"/>

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

Bemerkungen, Ergänzungen:

**Anfragende(r) Ärztin/Arzt**

Name:  Vorname:

Strasse:  PLZ:  Ort:

Tel.  Fax:  E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:  Abteilung:

Datum: