

KEYTRUDA® (Pembrolizumab)**Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage**

Kostengutsprache gesuch zu Händen Vertrauensärztin/Vertrauensarzt

Indikationscode: 20416.09

Limitatio (Auszug): Befristete Limitatio bis 30.04.2028

Für alle vergütungspflichtigen Indikationen gilt:

Vor Therapiebeginn muss für alle vergütungspflichtigen Indikationen eine Kostengutsprache des Krankenversicherers nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes eingeholt werden. Eine Kostengutsprache hat den entsprechenden Indikationscode (20416.XX) zu enthalten. Die Dosierung beträgt maximal 200mg alle drei Wochen. Die maximale Anzahl Behandlungen bzw. Zyklen beträgt 35 sofern nicht anders festgelegt. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden. Falls KEYTRUDA® in einer bestimmten Indikation in erster Linie vergütet wurde und es unter KEYTRUDA®-Therapie nach kurzzeitigem Ansprechen zu einer Progression kam, soll KEYTRUDA® in derselben Indikation in nachfolgenden Therapielinien nicht mehr vergütet werden.

Vorbehandelte Patienten mit einem Plattenepithelkarzinom im Kopf- und Halsbereich nach platinbasierter Chemotherapie (HNSCC) (Monotherapie) KN040

(mit Preismodell)

KEYTRUDA® als Monotherapie zur Behandlung des rezidivierenden oder metastasierten Plattenepithelkarzinoms der Mundhöhle, des Oropharynx, des Hypopharynx oder des Larynx bei Erwachsenen, die bei nicht kurativ anzugehender Erkrankung mit Platin-basierter Chemotherapie vorbehandelt wurden und deren Tumor PD-L1 mit einem Tumor proportion score (TPS) $\geq 50\%$ exprimieren.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20416.09

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:☐

Es handelt sich um ein rezidivierendes oder metastasiertes Plattenepithelkarzinom der Mundhöhle, des Oropharynx, des Hypopharynx oder des Larynx.

☐

PD-L1 Status: Tumor Proportion Score (TPS) $\geq 50\%$ durch Test bestätigt.

☐

Patient(in) wurde bei nicht kurativ anzugehender Erkrankung mit einer Platin-basierter Chemotherapie vorbehandelt.

Geplantes Therapieschema und -beginn:

☐

KEYTRUDA® wird gemäss der in der Fachinformation vorgeschriebenen Form abgegeben, d.h. KEYTRUDA® 200mg alle 3 Wochen.

Geplanter Beginn der Therapie:

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum:

Siehe auch [SL](#)