

Kyprolis® (Carfilzomib)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Limitatio: Befristete Limitation bis 31.05.2019

KYPROLIS wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason (KRd) oder Dexamethason (Kd) alleine zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplem Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet. Dosierungsschema und Dosierung sollen nach Angaben der Fachinformation erfolgen, wobei in der Kombination KRd maximal 27 mg Carfilzomib/m² und in der Kombination Kd maximal 56mg Carfilzomib/m² eingesetzt werden dürfen. Die Behandlung mit KYPROLIS in der Kombination KRd darf bis zu maximal 18 Zyklen vergütet werden. Falls es zu einer Progression der Krankheit kommt oder inakzeptable Toxizitätserscheinungen auftreten, muss die Behandlung mit KYPROLIS abgebrochen werden. Eine Behandlung mit KYPROLIS in der Kombination KRd mit mehr als 18 Zyklen bedarf eines erneuten begründeten Gesuches um Kostengutsprache an den Krankenversicherer. Dieser entscheidet über die Kostengutsprache nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes, der anhand des Gesuchs um Kostengutsprache den Nutzen einer Fortsetzung der Therapie evaluiert.

Personalien Patient(in):

Name: Vorname: Geb. Datum:
Geschlecht: ♀ ♂ Strasse: Adresszusatz:
PLZ: Ort: Grösse (cm): Gewicht (kg):

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:
Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt): Adresszusatz:
PLZ: Ort:

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt): Diagnose:

- Es handelt sich um ein rezidivierendes, multiples Myelom nach mindestens einer vorangegangenen Therapie. Die Behandlung erfolgt in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason.
- Es handelt sich um ein rezidivierendes, multiples Myleom nach mindestens einer vorangegangenen Therapie. Die Behandlung erfolgt in Kombination mit Dexamethason alleine.

Es handelt sich aktuell um eine Behandlung in der 2. Linie 3. Linie andere, nämlich Linie

Zu den vorangegangenen Therapien, Beschreibung (eingesetzte Medikamente, Dauer der Behandlung, Verlauf):

Ergänzungen/Bemerkungen:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name:

Vorname:

Adresse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum:

Stempel/Unterschrift:.....