

LENALIDOMID-TEVA® (Lenalidomid)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprachegesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Limitatio: Austausch Originalpräparat/Generikum

Für die Behandlung mit LENALIDOMID-TEVA ist keine neue Kostengutsprache nötig, wenn in derselben Indikation bereits eine Kostengutsprache für das Originalpräparat oder ein anderes Generikum besteht.

Limitatio: Befristete Limitation bis 31.05.2027

LENALIDOMID-TEVA in Kombination mit DARZALEX / DARZALEX SC und Dexamethason (1L)

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

LENALIDOMID-TEVA wird vergütet in Kombination mit DARZALEX / DARZALEX SC und Dexamethason für die Behandlung von bisher unbehandelten erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom, die für eine autologe Stammzelltransplantation nicht geeignet sind.

Nur bis zur Progression der Krankheit.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: **21379.13**.

Personalien Patient(in):

Name: Vorname: Geb. Datum:

Geschlecht: ♀ ♂ Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt): Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Diagnose (ausschliesslich für Vertrauensärztin/Vertrauensarzt bestimmt):

Der Patientin/der Patient leidet an einem unbehandeltem multiplem Myelom und ist für eine Stammzelltransplantation nicht geeignet.

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name: Vorname:

Adresse: Adresszusatz:

PLZ: Ort: Tel.:

Fax: E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: