LENALIDOMID-TEVA® (Lenalidomid)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch zu Handen 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 (2L+)

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 erwachsenen Patienten mit multiplem Myelom, die mindestens eine frühere Therapielinie erhalten haben.

Nur bis zur Progression der Krankheit. LENALIDOMID-TEVA wird nicht vergütet, wenn die Patienten unter vorgängiger Behandlung mit einem CD38 Antikörper refraktär und/oder rezidivierend waren.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: **21379.12**

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 multiplen Myelom und hat mindestens eine frühere Therapielinie erhalten. LENALIDOMID-TEVA wird nicht vergütet, wenn die Patienten unter vorgängiger Behandlung mit einem CD38 Antikörper refraktär und/oder rezidivierend waren.

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name: Vorname:

Adresse: Adresszusatz:

PLZ: Ort: Tel.:

Fax: E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: