

# LENALIDOMID SANDOZ® (Lenalidomid)

## Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

### Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

**Limitatio: Limitatio (Auszug, vollständige Limitatio siehe SL):** Zur Behandlung von - erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Lenalidomid-Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit. Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes.

#### 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):

Zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit **unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar** sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer LENALIDOMID SANDOZ Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit.

Geplante Kombinationstherapie:  mit Dexamethason  mit Melphalan und Prednison

Aktueller Zustand und geplantes Behandlungsschema:

#### Anfragender Arzt/Ärztin:

Name:  Vorname:

Adresse:  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:  Tel.:

Fax:  E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:  Abteilung:

Datum: