

LENALIDOMID SANDOZ® (Lenalidomid)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch zu Handen des Vertrauensarztes

Limitatio (Auszug, vollständige Limitatio siehe SL): Zur Behandlung von - erwachsenen Patienten mit multiplen Myelom als Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation. 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):

Die Patientin/der Patient leidet an einem multiplen Myelom und wurde mit einer autologen Stammzelltransplantation behandelt.

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name: Vorname:

Adresse: Adresszusatz:

PLZ: Ort: Tel.:

Fax: E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: