

# LENALIDOMID-TEVA® (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: