Lorviqua® (Lorlatinib)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprachegesuch z. H. des Vertrauensarztes

Limitatio (Auszug): Befristete Limitation bis 31.10.2026
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. LORVIQUA wird vergütet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit Anaplastische-Lymphom-Kinase (ALK)-positivem, metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (non small cell lung cancer, NSCLC) ab der Erstlinientherapie. Im Falle einer Progression ist die Behandlung abzubrechen.

Geschlecht: Strasse: Adresszusatz: PLz: Ort: Krankenversicherer: Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): Adresszusatz: Adresszusatz: PLZ: Ort: PLZ: Ort: Adresszusatz: Adresszusatz: PLZ: Ort: Adresszusatz: Adresszusatz: Adresszusatz: PLZ: Ort: Patent/in leidet an einem Anaplastische-Lymphom-Kinase (ALK)-positivem, metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungen/arzinom (non small cell lung cancer, NSCLC) Bemerkungen/Ergänzungen: Vorname: Strasse: PLZ: Ort: E-Mail: Tel. Fax: E-Mail: E-Mail: Del Delum:	Personalien Patier Name:	nt/in:	Vorname:		Geb. Datum:
PLZ: Ort: Krankenversicherer: Versicherten-Nr.: Adresses Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): Adresses Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): Adresszusatz: PLZ: Ort: Medizinische Daten: Patient/in leidet an einem Anaplastische-Lymphom-Kinase (ALK)-positivem, metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (non small cell lung cancer, NSCLC) Bemerkungen/Ergänzungen: Anfragende/r Ärzdin/Azzt Name: Strasse: PLZ: Ort: Tel. Fax: E-Mail: bel Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:	Tame.		vorname.		Geb. Batam.
PLZ: Ort: Krankenversicherer: Versicherten-Nr.: Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): Adresszusatz: PLZ: Ort: Medizinische Daten: Patient/in leidet an einem Anaplastische-Lymphom-Kinase (ALK)-positivem, metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (non small cell lung cancer, NSCLC) Bemerkungen/Ergänzungen: Anfragende/r Ärzdin/Azzt Name: Vorname: Strasse: PLZ: Ort: Tel. Fax: E-Mail: bel Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:	Geschlecht:	Strasse:		Adresszusatz:	
PLZ: Ort: Krankenversicherer. Adressse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): Adresszusatz: PLZ: Ort: PLZ: Ort: Patient/in leidet an einem Anaplastische-Lymphom-Kinase (ALK)-positivem, metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungen/Erganzungen: Bemerkungen/Erganzungen: Anfragende/r Ärztin/Arzt Name: Strasse: PLZ: Ort: Tel. Fax: E-Mail: bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:		orasse.		/ tar coozaoatz.	
Krankenversicherer: Adresses Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): Adresszusatz: PLZ: Ort: Patient/in leidet an einem Anaplastische-Lymphom-Kinase (ALK)-positivem, metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (non small cell lung cancer, NSCLC) Bemerkungen/Ergänzungen: Anfragende/r Ärztin/Arzt Name: Vorname: Tel. Fax: E-Mail: bei Spital zusatzlich Name des Spitals: Abteilung:		Ort:			
Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): PLZ: Ort: Patient/in leidet an einem Anaplastische-Lymphom-Kinase (ALK)-positivem, metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (non small cell lung cancer, NSCLC) Bemerkungen/Ergänzungen: Anfragende/r Aztin/Arzt Name: Vorname: Strasse: PLZ: Ort: Tel. Fax: Fax: E-Mail: bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:	1 LZ.				
Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): PLZ: Ort: Patient/in leidet an einem Anaplastische-Lymphom-Kinase (ALK)-positivem, metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (non small cell lung cancer, NSCLC) Bemerkungen/Ergänzungen: Anfragende/r Aztin/Arzt Name: Vorname: Strasse: PLZ: Ort: Tel. Fax: Fax: E-Mail: bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:					
Medizinische Daten: Pl.Z: Ort:	Krankenversichere	ər:	Versich	nerten-Nr.:	
Medizinische Daten: Pl.Z: Ort:					
Medizinische Daten: Patient/in leidet an einem Anaplastische-Lymphom-Kinase (ALK)-positivem, metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (non small cell lung cancer, NSCLC) Bemerkungen/Ergänzungen: Anfragende/r Ärztin/Arzt Name: Vorname: Strasse: PLZ: Ort: E-Mail: bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Ableilung:	Adresse Versicher	er (VAD bzw. Vertrauensarzt):	Adress	szusatz:	
Medizinische Daten: Patient/in leidet an einem Anaplastische-Lymphom-Kinase (ALK)-positivem, metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (non small cell lung cancer, NSCLC) Bemerkungen/Ergänzungen: Anfragende/r Ärztin/Arzt Name: Vorname: Strasse: PLZ: Ort: E-Mail: bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Ableilung:					
Patient/in leidet an einem Anaplastische-Lymphom-Kinase (ALK)-positivem, metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (non small cell lung cancer, NSCLC) Bemerkungen/Ergänzungen: Anfragende/r Ärztin/Arzt Name: Vorname: Strasse: PLZ: Ort: Tel. Fax: E-Mail: bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:	PLZ:	Ort:			
Patient/in leidet an einem Anaplastische-Lymphom-Kinase (ALK)-positivem, metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (non small cell lung cancer, NSCLC) Bemerkungen/Ergänzungen: Anfragende/r Ärztin/Arzt Name: Vorname: Strasse: PLZ: Ort: Tel. Fax: E-Mail: bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:					
Patient/in leidet an einem Anaplastische-Lymphom-Kinase (ALK)-positivem, metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (non small cell lung cancer, NSCLC) Bemerkungen/Ergänzungen: Anfragende/r Ärztin/Arzt Name: Vorname: Strasse: PLZ: Ort: Tel. Fax: E-Mail: bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:	Medizinische Date	en:			
Lungenkarzinom (non small cell lung cancer, NSCLC) Bemerkungen/Ergänzungen: Anfragende/r Ärztin/Arzt Name: Vorname: Strasse: PLZ: Ort: Tel. Fax: E-Mail: bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:			nom-Kinasa (Al K)-n	ocitivam matastaciartam	nicht-kleinzelligem
Anfragende/r Ārztin/Arzt Name: Strasse: PLZ: Ort: Tel. Fax: E-Mail: bei Spital zusātzlich Name des Spitals: Abteilung:	Lungenk	karzinom (non small cell lung cancer, N	SCLC)	ositivem, metastasiertem	Thorrest and the state of the s
Anfragende/r Ārztin/Arzt Name: Strasse: PLZ: Ort: Tel. Fax: E-Mail: bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:	_		,		
Name: Strasse: PLZ: Ort: Tel. Fax: E-Mail: bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:		a <u>_</u> a			
Name: Strasse: PLZ: Ort: Tel. Fax: E-Mail: bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:					
Name: Strasse: PLZ: Ort: Tel. Fax: E-Mail: bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:					
Name: Strasse: PLZ: Ort: Tel. Fax: E-Mail: bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:					
Name: Strasse: PLZ: Ort: Tel. Fax: E-Mail: bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:					
Name: Strasse: PLZ: Ort: Tel. Fax: E-Mail: bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:					
Name: Strasse: PLZ: Ort: Tel. Fax: E-Mail: bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:					
Name: Strasse: PLZ: Ort: Tel. Fax: E-Mail: bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:					
Name: Strasse: PLZ: Ort: Tel. Fax: E-Mail: bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:					
Name: Strasse: PLZ: Ort: Tel. Fax: E-Mail: bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:					
Name: Strasse: PLZ: Ort: Tel. Fax: E-Mail: bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:					
Name: Strasse: PLZ: Ort: Tel. Fax: E-Mail: bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:					
Name: Strasse: PLZ: Ort: Tel. Fax: E-Mail: bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:					
Name: Strasse: PLZ: Ort: Tel. Fax: E-Mail: bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:					
Name: Strasse: PLZ: Ort: Tel. Fax: E-Mail: bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:					
Name: Strasse: PLZ: Ort: Tel. Fax: E-Mail: bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:					
Strasse: PLZ: Ort: Tel. Fax: E-Mail: bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:		n/Arzt	Vornan	ne.	
Tel. Fax: E-Mail: bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:	Name.		Voirian	iic.	
Tel. Fax: E-Mail: bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:	Channe			Out	
bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:	Strasse:		PLZ:	Ort:	
bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:					
	Tel.	Fax:		E-Mail:	
Datum:	bei Spital zusätzlic	ch Name des Spitals:	Abteilu	ing:	
Datum:					
Datum:					
Datum:	Deture				
	Datum:				

Siehe auch Spezialitätenliste Lorviqua®,sl_d_7