

Mifamurtid/Mepact® (MTP-PE)

Antrag zur Vergütung in der vorgesehenen Indikation

Einschätzungsbogen zu Händen des Vertrauensarztes auf www.vertrauensaerzte.ch zur Verfügung.

Indikation^{1,2}: im Rahmen einer postoperativen Kombinationschemotherapie zur Behandlung nicht metastasierter, resezierbarer hochmaligner Osteosarkome im Anschluss an eine makroskopisch vollständige Tumorsektion

Personalien Patient(in):

Name: Vorname:

Strasse: PLZ: Ort:

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. VA): Fax-Nr.:

Zum Osteosarkom:

Zutreffendes bitte ankreuzen
 nicht metastasiert
 metastasiert

Histologie:

Zutreffendes bitte ankreuzen
 low grade
 high grade

Durchgeführt (bitte ankreuzen):

Thorax-Röntgen
 PET-Scan

Befall (bitte ankreuzen, ergänzen):

Lunge Knochen
 anderes, nämlich:

Alter des Patienten:

Zutreffendes bitte ankreuzen
 unter 30 Jahre anderes Sarkom⁵, nämlich:
 unter 40 Jahre
 über 40 Jahre

Therapie mit Mifamurtid

Zutreffendes bitte ankreuzen
 nach Chirurgie
 vor Chirurgie
Zutreffendes bitte ankreuzen
 mit 3er Kombi (Cisplatin/Doxorubicin/HD Methotrexat)
 mit 4er Kombi (Cisplatin/Doxorubicin/HD Methotrexat/Ifosfamid)
 mit anderer, nämlich

Dauer der Mifamurtid-Therapie:

12 Wochen 2x wöchentlich Infusion à 1 Std. (3 Tage Abstand), danach
24 Wochen 1x wöchentlich Infusion à 1 Std. = 48 Dosen (à 2mg/m²)
 anderes Schema, nämlich:

Anfragender Arzt/Ärztin

Name: Vorname:

Strasse: PLZ: Ort:

Tel.:

Datum: Stempel/Unterschrift:.....