

Omjjara® (Momelotinib)

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Limitatio: Befristete Limitation bis 28.02.2027

Die Vergütung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. OMJJARA wird nur vergütet als Monotherapie zur Behandlung der primären Myelofibrose, der Myelofibrose nach Polycythaemia vera oder der Myelofibrose nach essentieller Thrombozythämie mit intermediärem oder hohem Risiko bei Erwachsenen mit moderater oder schwerer Anämie, die vorgängig mit Ruxolitinib behandelt wurden oder für eine Behandlung mit Ruxolitinib nicht in Frage kommen, und die nicht für eine allogene Stammzelltransplantation vorgesehen sind.

Nicht in Kombination mit Ruxolitinib.

Die Verschreibung darf nur durch einen Facharzt für Hämatologie oder Onkologie erfolgen.

Personalien Patient/in:

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Geschlecht:

☐ ♀☐ ♂

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt):

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Medizinische Daten:

Behandlungsanforderungen nach Limitatio:

☐

Primäre Myelofibrose

☐

Myelofibrose nach Polycythaemia vera

☐

Myelofibrose nach essentieller Thrombozythämie

Einsatz:

☐

Omjjara als Monotherapie (nicht in Kombination mit Ruxotinib)

Charakteristika:

☐

Patient/in hatte Vortherapie mit Ruxolitinib oder kommt nicht für eine Behandlung mit Ruxolitinib in Frage

☐

Patient/in ist nicht für eine allogene Stammzelltransplantation vorgesehen

☐

Indermediäres oder hohes Risiko liegt vor

☐

Moderate oder schwere Anämie liegt vor

Angaben zur Vorbehandlung:

Welches Medikament inkl. Dosis?

von (MM/JJJJ)

bis (MM/JJJJ)

Angaben zur Wirkung:

Geplanter Beginn der Therapie mit Omjjara® (MM/JJJJ):

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum:

Siehe auch [SL](#)