

Pemetrexed Teva liquid (Pemetrexed)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprachege such zu Händen des Vertrauensarztes

Limitation: Austausch Originalpräparat/Generikum

Für die Behandlung mit PEMETREXED-TEVA LIQUID ist keine neue Kostengutsprache nötig, wenn in derselben Indikation bereits eine Kostengutsprache für das Originalpräparat oder ein anderes Generikum besteht.

Limitatio: Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. In Kombination mit Cisplatin für die First-line-Chemotherapie von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.

Nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. Monotherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie ausser bei überwiegender plattenepithelialer Histologie.

Behandlung von Patienten mit malignem Pleuramesotheliom in Kombination mit Cisplatin.

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 zur geplanten Behandlung:

☐

In **Kombination** mit **Cisplatin** für die **First-line-Behandlung** der Patienten(in) mit lokal fortgeschrittenem oder metastasierten nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (keine überwiegende plattenepitheliale Histologie).

☐

Monotherapie bei Patienten(in) mit lokal fortgeschrittenem oder metastasierten nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom **nach vorangegangener Chemotherapie** (keine überwiegende plattenepitheliale Histologie).

Angaben zur vorangegangenen Chemotherapie:

☐

Behandlung bei Patienten(in) mit malignem **Pleuramesotheliom** in **Kombination** mit **Cisplatin**

Bemerkungen/Ergänzungen

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name:

Vorname:

Adresse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: