

# Revlimid® (Lenalidomid)

## Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

### Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

**Limitatio: Limitatio (Auszug, vollständige Limitatio siehe SL):**

(Indikationscode: 18541.01)

Zur Behandlung von

- erwachsenen Patienten mit unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Revlimid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit.

#### 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):

Zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit **unbehandeltem multiplem Myelom, die nicht transplantierbar** sind, in Kombination mit Dexamethason oder in Kombination mit Melphalan und Prednison, jeweils gefolgt von einer Revlimid Erhaltungstherapie bis zur Progression oder Unverträglichkeit.

Geplante Kombinationstherapie:

mit Dexamethason

mit Melphalan und Prednison

Aktueller Zustand und geplantes Behandlungsschema:

#### Anfragender Arzt/Ärztin:

Name:

Vorname:

Adresse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: