

# Revlimid® (Lenalidomid)

## Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

### Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

**Limitatio (Auszug, vollständige Limitatio siehe SL):** Befristete Limitation bis 31.05.2024 (Indikationscode 18541.07)

**Kombination REVLIMID, Carfilzomib und Dexamethason.** REVLIMID wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherern nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplen Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet. Die Behandlung mit REVLIMID kann bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

#### 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):

Die Patientin/der Patient leidet an einem rezidivierenden Multiplen Myelom. Geplant ist eine Kombinationstherapie mit Carfilzomib und Dexamethason.

Zur Vorbehandlung:

Welches Medikament(e)?	von (MM/JJJJ)	bis (MM/JJJJ)	Angaben zur Wirkung:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Bemerkungen/Ergänzungen

#### Anfragender Arzt/Ärztin:

Name:  Vorname:

Adresse:  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:  Tel.:

Fax:  E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:  Abteilung:

Datum: