

# Revlimid® (Lenalidomid)

## Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

### Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

**Limitatio (Auszug, vollständige Limitatio siehe SL):** Befristete Limitation bis 31.03.2022 (Indikationscode 18541.09)

**Kombination REVLIMID, Ixazomib und Dexamethason.** REVLIMID wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Ixazomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multiplen Myelom vergütet, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben und Hochrisikomerkmale (definiert als erhöhtes zytogenetisches Risiko [hohes Risiko für (del[17], t[4;14], t[14;16]) oder 1q21] oder ISS-Stadium III) aufweisen, oder die mindestens zwei vorangegangene Therapien erhalten haben.

#### 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):

- Rezidivierendes multiples Myelom, mit mindestens einer vorangegangenen Therapie und Hochrisikomerkmale. Es trifft zu:
- del[17], t[4;14], t[14;16] oder 1q21  ISS-Stadium III
- Rezidivierendes multiples Myelom, mit mindestens zwei vorangegangenen Therapien

Zu den vorangegangenen Therapien:

Medikament oder Wirkstoff:	Anzahl Zyklen:	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"/>	<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: