

Rybrevant® (Amivantamab)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Indikation: 2L Kombinationstherapie NSCLC EGFR-Exon-19-Deletionen oder Exon-21-L858R Substitutionsmutationen

Limitatio (Auszug): Befristete Limitation bis 31.12.2026

RYBREVANT wird vergütet in Kombination mit Carboplatin und Pemetrexed zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-plattenepithelialen NSCLC mit EGFR-Exon-19-Deletionen oder Exon-21-L858R-Substitutionsmutationen, bei denen die Krankheit während oder nach einer Behandlung mit Osimertinib fortgeschritten ist.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: **21390.02**

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:

- Patientin/Patient ist an einem lokal fortgeschrittenen oder metastasierten nicht-plattenepithelialen NSCLC mit EGFR-Exon-19-Deletionen oder Exon-21-L858R-Substitutionsmutationen erkrankt.
- Progression der Krankheit während oder nach einer Behandlung mit Osimertinib.
- Geplant ist eine Kombinationstherapie mit Carboplatin und Pemetrexed.

Kurze Zusammenfassung der bisherigen Therapie:

Bemerkungen/Ergänzungen:

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

Anfragender Arzt/Ärztin

Name: Vorname:

Strasse: PLZ: Ort:

Tel. Fax: E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: