

# Rybrevant® (Amivantamab)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Nur für Indikation 1L Kombinationstherapie NSCLC EGFR-Exon-20-Insertion

**Limitatio (Auszug):** Befristete Limitation bis 31.03.2027

RYBREVANT wird vergütet in Kombination mit Carboplatin und Pemetrexed zur Erstlinienbehandlung von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-plattenepithelialen NSCLC mit aktivierenden Exon-20-Insertionsmutationen des epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptors (EGFR).

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: **21390.03**.

## 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 fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-plattenepithelialen NSCLC mit aktivierenden Exon-20-Insertionsmutationen des epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptors (EGFR) erkrankt.

☐

Es handelt sich um eine Erstlinienbehandlung.

☐

Durchgeführt wird eine Kombinationstherapie mit Carboplatin und Pemetrexed.

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: