

# Rybrevant® (Amivantamab)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprachegesuch zu Handen 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:
<input type="text"/>		
Geschlecht:	Strasse:	Adresszusatz:
<input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ:	Ort:	
<input type="text"/>		
Krankenversicherer:	Versicherten-Nr.:	
<input type="text"/>		
Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt):	Adresszusatz:	
<input type="text"/>		
PLZ:	Ort:	
<input type="text"/>		

## 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:	
<input type="text"/>		
Strasse:	PLZ:	Ort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel.:	Fax:	E-Mail:
<input type="text"/>		<input type="text"/>
bei Spital zusätzlich Name des Spitals:		
<input type="text"/>		
Abteilung:		
<input type="text"/>		
Datum:		
<input type="text"/>		