

Rybrevant® (Amivantamab) und Lazcluze® (Lazertinib)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Indikation: 1L Kombinationstherapie NSCLC mit EGFR-Exon-19-Deletionen oder Exon-21-L858R Substitutionsmutationen

Limitatio Rybrevant (Auszug): Befristete Limitation bis 30.09.2027

Amivantamab wird vergütet in **Kombination mit Lazertinib** zur Erstlinienbehandlung von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, nicht-plattenepitheliales nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) mit Exon-19-Deletionen oder Exon-21-L858R-Substitutionsmutationen des epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptors (EGFR). Amivantamab in Kombination mit Lazertinib wird nicht vergütet bei vorangegangener Therapie mit einem TKI in derselben Indikation.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: **21390.04**.

Limitatio Lazcluze (Auszug): Lazertinib wird vergütet in Kombination mit Amivantamab zur Erstlinienbehandlung von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, nicht-plattenepitheliales nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) mit Exon-19-Deletionen oder Exon-21-L858R-Substitutionsmutationen des epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptors (EGFR). Lazertinib in Kombination mit Amivantamab wird nicht vergütet bei vorangegangener Therapie mit einem TKI in derselben Indikation.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: **21934.01**

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 Exon-19-Deletionen oder Exon-21-L858R-Substitutionsmutationen des epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptors (EGFR) erkrankt.

☐

Es handelt sich um eine Erstlinienbehandlung.

☐

Durchgeführt wird eine Kombinationstherapie aus Rybrevant® und Lazcluze®

Bemerkungen/Ergänzungen:

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

Anfragender Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: