

# Tagrisso® (Osimertinib)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Limitatio siehe [SL](#)

## Personalien Patientin:

Name:  Vorname:  Geb. Datum:

Strasse:  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

Krankenversicherer:  Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

## Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):

### A: Als Erstlinientherapie gemäss Limitatio:

Diagnose:  Patientin/Patient leidet an einem lokal fortgeschrittenen oder metastasierten nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom mit einer EGFR-Mutation

Zum Mutationstyp:  Exon 19 Deletion  Exon 21 L858R Substitution

### B: Als Zweitlinientherapie gemäss Limitatio:

Diagnose:  lokal fortgeschrittenes oder metastasiertes nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC) mit EGFR-T790M-Mutation  
bei welchem es  während  nach einer EGFR-TKI-Therapie zur Krankheitsprogression gekommen ist.

### Zur Vorbehandlung (bei Einsatz von Tagrisso® als Zweitlinientherapie):

Welches Medikament inkl. Dosis?	von (MM/JJJJ)	bis (MM/JJJJ)	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"/>

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

Bemerkungen, Ergänzungen:

## Anfragender Arzt/Ärztin

Name:  Vorname:

Strasse:  PLZ:  Ort:

Tel.  Fax:  E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:  Abteilung:

Datum: