

TALVEY® (Talquetamab)**Kostengutsprache gesuch z. H. des Vertrauensarztes**

Limitatio (Auszug): Befristete Limitierung bis 30. Oktober 2025.

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

TALVEY® wird als Monotherapie für die Behandlung erwachsener Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem Multiplem Myelom vergütet, die zuvor mindestens drei Therapielinien erhalten haben, darunter einen Proteasom-Inhibitor, einen immunmodulatorischen Wirkstoff und einen monoklonalen anti-CD38-Antikörper, und welche eine Progredienz zur letzten Therapielinie gezeigt haben.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: **21690.01**.

Personalien Patientin/Patient:

Name: Vorname: Geb. Datum:

Geschlecht: ♀ ♂ Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Medizinische Daten

Patient mit rezidiviertem oder refraktärem Multiplem Myelom, welcher zuvor mindestens drei Therapielinien erhalten hat, darunter einen Proteasom-Inhibitor, einen immunmodulatorischen Wirkstoff und einen monoklonalen anti-CD38-Antikörper, und welcher eine Progredienz zur letzten Therapielinie gezeigt hat.

Bitte beschreiben Sie die Vortherapien nachfolgend:

Welche Medikamente?	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"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bemerkungen, Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin

Name: Vorname:

Strasse: PLZ: Ort:

Tel. Fax: E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: