

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

Limitatio (Auszug): Befristete Limitierung bis 31.07.2026.

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:

Bemerkungen, Ergänzungen:

☐

Ich bestätige, dass die Gabe von Talvey bis zur Progression oder Unverträglichkeit geplant ist (in-label).

Hinweis: Anderenfalls ist das Kostengutsprache-Formular zu Art. 71 KVV zu nutzen

Anfragender Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: