

**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):**

- Patientin ist an einem lokal fortgeschrittenen oder metastasierten humanen HER2-negativen Mammakarzinom mit einer bestätigten deletären oder vermuteten deletären Keimbahn-BRCA-Mutation erkrankt.
- Es liegt kein aktives, inflammatorisches Mammakarzinom vor.
- Es hat keine vorangehende Behandlung mit einem PARP-Inhibitoren stattgefunden.

Patientin ist:

- HR+Her2-  HR-Her2-(Triple negative)

Datum der Diagnosestellung (Monat, Jahr):

Sofern die Patientin an **HR-positivem** Mammakarzinom erkrankt ist, bitte **beantworten**:

- hat unter endokriner Therapie eine Progression gezeigt
- war für eine endokrine Therapie ungeeignet. Grund:

Zur vorangegangenen Behandlung mit einem Taxan und/oder Anthrazyklin:

Welches Medikament inkl. Zyklen?	von (MM/JJJJ)	bis (MM/JJJJ)	Angaben zur Wirkung:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Behandlung nicht durchgeführt aufgrund folgender Kontraindikation:

Zu weiteren vorangegangenen Chemotherapien:

Welches Medikament inkl. Zyklen?	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"/>

Sofern Patientin mit Platin-Chemotherapie behandelt wurde:

- im adjuvanten oder neoadjuvanten Setting: kein Rückfall innerhalb von 6 Monaten nach der letzten Dosis der Platintherapie
- im lokal fortgeschrittenen und/oder metastasierten Setting: keine objektive Progression

Bemerkungen, Ergänzungen:

**Anfragender Arzt/Ärztin**

Fachärztin/Facharzt für Gynäkologie

Fachärztin/Facharzt für Onkologie

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum:

**Limitatio (Auszug):** Befristete Limitation bis 31.05.2026

Nur nach Verordnung durch einen Facharzt der Gynäkologie oder Onkologie und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes zur Monotherapie von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem humanen HER2-negativem Mammakarzinom mit einer bestätigten deletären oder vermuteten deletären Keimbahn-BRCA-Mutation, unter folgenden Voraussetzungen, welche kumulativ erfüllt sein müssen:

- Es liegt kein aktives, inflammatorisches Mammakarzinom vor.
- Es ist eine vorangehende Behandlung mit einem Taxan und/oder Anthrazyklin in neoadjuvanter, adjuvanter oder lokal fortgeschrittener/metastasierter Situation durchgeführt worden (ausser bei dokumentierter Kontraindikation). Patienten mit HR-positivem Mammakarzinom sollten unter vorangegangener endokriner Therapie eine Progression gezeigt haben, oder für eine endokrine Behandlung als ungeeignet angesehen werden.
- Die Patienten haben nicht mehr als 3 vorangehende Chemotherapien im lokal fortgeschrittenen und/oder metastasierten Setting erhalten.
- Patienten, welche im adjuvanter oder neoadjuvanter Setting eine Platin-Chemotherapie erhalten hatten, hatten keinen Rückfall innerhalb von 6 Monaten nach der letzten Dosis der Platintherapie. Während einer normaldosierten Platin-Chemotherapie, welche zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Mammakarzinomes verabreicht wurde, hatten die Patienten keine objektive Progression.
- Es hat keine vorangehende Behandlung mit PARP-Inhibitoren stattgefunden.

Die Patienten sollten bis zur Progression der Erkrankung behandelt werden. Eine Behandlung über 24 Monate hinaus setzt das Vorhandensein von messbarem Resttumor voraus.