

Tecvayli® (Teclistamab)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch z. H. des Vertrauensarztes

Limitatio (Auszug): Befristete Limitatio bis 30.09.2025

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Teclistamab 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: 21518.01

Personalien Patient:

Name: Vorname: Geb. Datum:

Geschlecht: ♀ ♂ Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Medizinische Daten:

Die Patientin/der Patient leidet an einem rezidiviertem oder refraktärem Multiplem Myelom.

Limitatio (Auszug): Gemäss Limitatio müssen Patienten zuvor mindestens drei Therapielinien erhalten haben, darunter einen Proteasom-Inhibitor, einen immunmodulatorischen Wirkstoff und einen monoklonalen Anti-CD38-Antikörper, und eine Progredienz zur letzten Therapielinie gezeigt haben.

Bitte beschreiben Sie die Vortherapien nachfolgend:

Welches Medikament(e)?	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: