VYLOY™ (Zolbetuximab)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch nach Art. 71a-d KVV zu Handen des Vertrauensarzt/ärztin

Swissmedic-Zulassung (Auszug): VYLOY in Kombination mit einer Fluoropyrimidin- und platinhaltigen Chemotherapie ist indiziert für die Erstlinienbehandlung von Erwachsenen mit lokal fortgeschrittenem, nicht resektablem oder metastasiertem, humanem epidermalem Wachstumsfaktorrezeptor 2 (HER2) negativem, Claudin (CLDN) 18.2 positivem Adenokarzinom des Magens (siehe «Klinische Wirksamkeit»).

Personalien Patient/in:

Name: Vorname: Geb. Datum:

Geschlecht: ♀ ♂ Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt): Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Medizinische Daten, Patient/in

- ist an einem lokal fortgeschrittenem, nicht resektablen oder metastasiertem Adenokarzinom des Magens erkrankt
- HER 2 negativ
- CLDN 18.2 positiv
- Die Therapie wird in Kombination mit einer Fluoropyrimidin- und platinhaltigen Chemotherapie durchgeführt

Gründe für die Therapiewahl mit VYLOY. Bitte auch entsprechende Literatur beilegen:

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name: Vorname:

Adresse: Adresszusatz:

PLZ: Ort: Tel.:

Fax: E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: