

XOSPATA™ (Gilteritinib)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Limitatio (Auszug): Befristete Limitierung bis 31.05.2026. Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer und nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Nur zur Behandlung von erwachsenen Patienten, die an rezidivierender oder refraktärer akuter myeloider Leukämie (AML) mit FMS-ähnlichen Tyrosinkinase 3 (FLT3)-Mutationen leiden. Nur nach Verordnung durch einen Facharzt der Hämatologie oder Onkologie. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21103.01

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 leidet an refraktärer AML mit FLT3-Mutation/en Ja Nein

Patient/in leidet an rezidivierender AML mit FLT3-Mutation/en Ja Nein

Bisherige Therapien und aktueller Zustand:

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Fachärztin/Facharzt für Blutkrankheiten (Hämatologie) Fachärztin/Facharzt für Tumorerkrankungen (Med. Onkologie)

Name: Vorname:

Adresse: Adresszusatz:

PLZ: Ort: Tel.:

Fax: E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: