

Kostengutprachegesuch zu Händen des Vertrauensarztes**Limitatio:**

Nach vorgängiger Kostengutprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers:

- Zur Behandlung von Patienten mit metastasiertem Kolorektalkarzinom mit nicht-mutiertem Wildtyp-Ras-Gen:
- In Kombination mit FOLFIRI oder FOLFOX
- Als Monotherapie, wenn eine Therapie auf Oxaliplatin- und Irinotecan-Basis versagt hat oder eine Irinotecan-Intoleranz vorliegt.
- In Kombination mit Radiotherapie zur Behandlung von Patienten mit lokal fortgeschrittenem Plattenepithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich.
- In Kombination mit Cisplatin und 5-Fluorouracil zur Behandlung von Patienten mit rezidivierendem und/oder metastasiertem Plattenepithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich.

Personalien Patient(in):

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.:

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ

Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt)

Adresszusatz:

PLZ

Ort:

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):

- Verschreibung innerhalb Limitatio:** Ich beantrage eine Kostengutprache für Erbitux[®] aus folgendem Grund:
- Zur Behandlung bei Patient/in mit metastasiertem Kolorektalkarzinom mit nicht-mutiertem Wildtyp-Ras-Gen:
- In Kombination mit FOLFIRI oder FOLFOX
 - Als Monotherapie, wenn eine Therapie auf Oxaliplatin- und Irinotecan-Basis versagt hat oder eine Irinotecan-Intoleranz vorliegt
- In Kombination mit Radiotherapie zur Behandlung von Patienten mit lokal fortgeschrittenem Plattenepithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich.
- In Kombination mit Cisplatin und 5-Fluorouracil zur Behandlung von Patienten mit rezidivierendem und/oder metastasiertem Plattenepithelkarzinom im Kopf-/Hals-Bereich.

Bemerkungen, zusätzliche Informationen:

- Verschreibung ausserhalb Limitatio als Off-Label-Use oder als Orphan indication**

Beantragung einer Leistungsprüfung aus der Krankenpflege-Grundversicherung (OKP) als Off-Label-Use gemäss den Kriterien der Rechtsprechung oder als Orphan indication

Es handelt sich um eine Abgabe als:

- off-label-use
- orphan indication

sofern orphan indication, Prävalenz des Leidens:

Diagnose, ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt:

Begründung und Erläuterung der Indikationsstellung für Erbitux:

Hinweise auf die Wissenschaftlichkeit der vorgesehenen Behandlung (aktuelle Studienlage):

Bitte legen Sie eine Liste mit massgeblichen Titeln und Links der Ihnen bekannten Studien (oder zumindest Abstracts) bei.

Anfragender Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

Datum:.....

Stempel/Unterschrift:.....