

# Stivarga® (Regorafenibum)

# Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

## Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes für Indikation: metastasiertes Kolorektalkarzinom (CRC)

**Limitatio (Auszug, CRC betreffend):** Nur nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes: zur Behandlung von Patienten mit **metastasiertem kolorektalem Karzinom (CRC)**, die zuvor eine fluoropyrimidin-, oxaliplatin- und irinotecanbasierte Chemotherapie, eine anti-VEGF-Therapie und – bei Vorliegen eines KRAS-Wildtyps – eine anti-EGFR-Therapie erhalten haben und folgende Kriterien erfüllen:

- Performance Status ECOG 0 – 1
- Adäquate Funktion von Knochenmark, Leber und Niere
- Ausschluss von Patienten, die unkontrollierte Begleiterkrankungen haben (z.B. unkontrollierte Hypertonie, unkontrollierte Herzinsuffizienz, unkontrollierten Diabetes mellitus) Im Falle einer Progression ist die STIVARGA-Behandlung abzubrechen. Im Falle eines wegen arzneimittelbedingten Nebenwirkungen erforderlichen Therapieabbruchs innert 21 Tagen nach Behandlungsbeginn werden dem Krankenversicherer von der Bayer (Schweiz) AG die Kosten der gesamten Packung zurückerstattet. Diese Therapieabbrüche sind dem Krankenversicherer unverzüglich vom behandelnden Arzt zu melden. (siehe [SL](#))

### Personalien Patient:

Name:  Vorname:  Geb. Datum:

Geschlecht:  ♀  ♂ Strasse:  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

**Krankenversicherer:**  Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

### Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt), Indikation: CRC:

**Vorbehandlung des CRC:**  fluoropyrimidin-, oxaliplatin- und irinotecanbasierte Chemotherapie

eine anti-VEGF-Therapie  eine anti-EGFR-Therapie (KRAS-Wildtyp)

Aktueller Performance-Status ECOG:  adäquate Funktion von Knochenmark, Leber, Niere  Ja  Nein

Liegen Ausschlusskriterien vor wie z. B. unkontrollierte Hypertonie, unkontrollierte Herzinsuffizienz oder unkontrollierter Diabetes mellitus?  Ja  Nein

Bemerkungen, zusätzliche Informationen:

### Anfragender Arzt/Ärztin:

Name:  Vorname:

Adresse:  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:  Tel.:

Fax:  E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:  Abteilung:

Datum:

Stempel/Unterschrift:.....