

# Darzalex® SC (Daratumumab)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

**Limitatio (Auszug):** DARZALEX SC wird vergütet in Kombination mit Pomalidomid und Dexamethason für die Behandlung erwachsener Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem multiplen Myelom, welche mit einem Proteasom-Inhibitor (PI) und Lenalidomid vorbehandelt wurden und bei denen während oder nach der letzten Therapie eine Krankheitsprogression auftrat.

Indikationscode: 20589.06.

## 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 (ausschliesslich für Vertrauensarzt bestimmt):

Die Patientin/der Patient leidet an einem rezidivierten oder refraktären multiplen Myelom, welches mit einem Proteasom-Inhibitor (PI) und Lenalidomid vorbehandelt wurden und bei denen während oder nach der letzten Therapie ein Krankheitsprogression auftrat.

Bitte beschreiben Sie die Vortherapien nachfolgend.

Welche(s) 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:

## Arzt/Ärztin:

Name:  Vorname:

Strasse:  PLZ:  Ort:

Tel.:  Fax:  E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:  Abteilung:

Datum: