

Elrexfio® (Elranatamabum)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch z. H. des Vertrauensarztes

Limitatio (Auszug): Befristete Limitation bis 31.08.2025

ELREXFIO wird als Monotherapie zur Behandlung des rezidierten oder refraktären multiplen Myeloms bei erwachsenen Patienten vergütet, deren multiples Myelom gegenüber mindestens einem immunmodulatorischen Wirkstoff, einem Proteasom-Inhibitor und einem monoklonalen Anti-CD38-Antikörper refraktär ist, und welche eine Progredienz zur letzten Therapie gezeigt haben.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21647.01

Personalien Patient:

Name: Vorname: Geb. Datum:

Geschlecht: ♀ ♂ Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Medizinische Daten:

Die Patientin/der Patient leidet an einem rezidiertem oder refraktärem Multiplen Myelom.

Hinweis: Gemäss Limitatio müssen Patienten zuvor mindestens einen Proteasom-Inhibitor, einen immunmodulatorischen Wirkstoff und einen monoklonalen Anti-CD38-Antikörper erhalten, und eine Progredienz zur letzten Therapie gezeigt haben.

Bitte beschreiben Sie die Vortherapien nachfolgend:

Welches 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:

Anfragender Arzt/Ärztin

Name: Vorname:

Strasse: PLZ: Ort:

Tel. Fax: E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: