

Imbruvica® (Ibrutinib)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

1L chronisch lymphatische Leukämie, 17p-Deletion oder TP53-Mutation (CLL, Monotherapie).

Indikationscode: 21011.03

Limitatio (Auszug):

Als Monotherapie zur Behandlung erwachsener Patienten mit unbehandelter CLL mit 17p-Deletion oder TP53-Mutation.

Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 21011.03.

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 ist einer chronisch lymphatischen Leukämie erkrankt

nicht vorbehandelt

mit 17p-Deletion oder TP53-Mutation

Bemerkungen/Ergänzungen:

Geplanter Beginn der Therapie mit Imbruvica® (MM/JJJJ):

Anfragender Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: