

Lenalidomid BMS® (Lenalidomid)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Limitatio (Auszug, vollständige Limitatio siehe SL):

(Indikationscode: 21377.02)

- Patienten mit multiplem Myelom, die wenigstens eine vorangegangene medikamentöse Therapie erhalten haben in Kombination mit Dexamethason.

Personalien Patient(in):

Name: Vorname: Geb. Datum:

Geschlecht: ♀ ♂ Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt): Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Diagnose (ausschliesslich für Vertrauensärztin/Vertrauensarzt bestimmt):

Patientin/Patient ist an einem multiplem Myelom erkrankt. Geplant ist eine Kombinationstherapie mit Dexamethason.

Zur Vorbehandlung:

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"/>

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name: Vorname:

Adresse: Adresszusatz:

PLZ: Ort: Tel.:

Fax: E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: