

# Lenalidomid BMS® (Lenalidomid)

# Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

## Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Limitatio (Auszug, vollständige Limitatio siehe SL): Befristete Limitation bis 31.05.2024 (Indikationscode 21377.07)

**Kombination LENALIDOMID BMS, Carfilzomib und Dexamethason.** LENALIDOMID BMS wird nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherern nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes in Kombination mit Carfilzomib und Dexamethason zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierendem multiplen Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie erhalten haben, vergütet. Die Behandlung mit LENALIDOMID BMS kann bis zur Progression der Krankheit vergütet werden.

### 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):

Die Patientin/der Patient leidet an einem rezidivierenden Multiplen Myelom. Geplant ist eine Kombinationstherapie mit Carfilzomib und 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: