

# Lynparza® (Olaparib)

## Kostengutsprache gesuch zu Handen des Vertrauensarztes

### Indikation: Prostatakarzinom

**Limitatio (Auszug):** Nur nach Verordnung durch einen Facharzt der Urologie oder Onkologie und nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Als Monotherapie bei erwachsenen Patienten mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom mit deletärer oder vermuteter deletärer BRCA-Mutation (Keimbahn und/oder somatisch), deren Erkrankung nach vorheriger Behandlung mit einem New Hormonal Agent fortgeschritten ist.

- Vor Beginn der Behandlung mit Lynparza Filmtabletten muss bestätigt sein, dass eine BRCA1/2 Genmutation vorliegt (unter Verwendung von Tumor-DNA aus einer Gewebeprobe, oder Keimbahn-DNA).
- Die Behandlung erfolgt bis zur Progression.

Retreatments nach einem Rückfall sind von einer Vergütung ausgeschlossen. Folgender Code ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: 20852.06

### Personalien:

Name:  Vorname:  Geb. Datum:

Strasse:  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

Krankenversicherer:  Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt):  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

### Medizinische Daten:

Patienten mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom mit deletärer oder vermuteter deletärer BRCA-Mutation (Keimbahn und/oder somatisch), deren Erkrankung nach vorheriger Behandlung mit einem New Hormonal Agent fortgeschritten ist.

Die BRCA1/2 Genmutation wurde mittels  Tumor-DNA-Test oder  Keimbahn-DNA-Test festgestellt.

Angaben zur bisherigen Behandlung mit einem New Hormonal Agent (Wirkstoff oder Produkt) sowie Angaben zur Wirkung:

Bemerkungen/Ergänzungen:

### Anfragender Arzt/Ärztin:

Fachärztin/Facharzt für Urologie

Fachärztin/Facharzt für Onkologie

Name:

Vorname:

Adresse:

Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: