

# Opdivo® (Nivolumab)

## Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch zu Händen der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes

**Indikation:** Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC). Für andere Indikationen kann das Formular nicht eingesetzt werden.

**Limitatio:** Als Monotherapie zur Behandlung von lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie. Die Dosierung beträgt maximal 240 mg alle zwei Wochen. Dafür vorgesehen ist das OPDIVO 240 mg-Vial. Die Patienten können bis zur Progression der Erkrankung behandelt werden. Klinisch stabile Patienten mit initialem Befund einer Progression können bis zur Bestätigung der Progression der Erkrankung weiter behandelt werden. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. (Indikationscode: 20461.01).

### Personalien Patientin:

Name:	Vorname:	Geb. Datum:	Geschlecht:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂
Strasse:	Adresszusatz:	Grösse (cm):	Gewicht (kg):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PLZ:	Ort:	<b>Krankenversicherer:</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versicherten-Nr.:	Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adresszusatz:	PLZ:	Ort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):

Patientin/Patient leidet an einem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom nach vorangegangener Chemotherapie.

Nebendiagnose(n):

Vorangegangene Chemotherapie:

**Vorgesehene Therapie** Opdivo® (empfohlene Dosierung gemäss Fachinformation: 240 mg alle 2 Wochen):

Geplanter Beginn der Behandlung mit Opdivo®:

Bemerkungen/Ergänzungen:

### Arzt/Ärztin:

Name:	Vorname:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Strasse:	PLZ:	Ort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel.:	Fax:	E-Mail:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
bei Spital zusätzlich Name des Spitals:	Abteilung:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Datum: