

# Revlimid® (Lenalidomid)

## Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

### Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

**Limitatio (Auszug, vollständige Limitatio siehe SL):**

(Indikationscode: 18541.03)

- Patienten mit transfusionsabhängiger Anämie infolge von myelodysplastischem Syndrom mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalien,

#### 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):

Der Patientin/der Patient leidet an einer transfusionsabhängigen Anämie infolge von **myelodysplastischem Syndrom** mit niedrigem oder intermediärem Risiko 1 in Verbindung mit einer zytogenetischen Deletion 5q-Anomalie mit oder ohne weitere zytogenetische Anomalie.

Datum der zytogenetischen Analyse:

Bemerkungen/Ergänzungen:

#### Anfragender Arzt/Ärztin:

Name:

Vorname:

Adresse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: