

Kostengutsprache gesuch z. H. des Vertrauensarztes

Limitatio: befristete Limitation bis 30.09.2024
siehe auch Spezialitätenliste

Personalien Patientin:

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Medizinische Daten:

Patientin ist an einem BRCA-mutierten, fortgeschrittenen (FIGO Stadium III und IV) high-grade serösem oder einer anderen homologen Rekombinationsdefizienz (HRD) vorliegenden

Ovarial- Tuben Peritonealkarzinom erkrankt

Diagnosestellung (MM/JJJJ):

Zur Vortherapie:

Medikament oder Wirkstoff:

Anzahl Zyklen:

Angaben zur Wirkung:

Geplanter Beginn der Behandlung mit Zejula® (MM/JJJJ):

Bemerkungen, Ergänzungen:

Anfragende(r) Ärztin/Arzt

Fachärztin/-arzt für Gynäkologie

Fachärztin/-arzt für Onkologie

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: