

Caprelsa® (Vandetanib)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprachegesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Limitatio: Zur Behandlung von Patienten mit nicht resezierbarem, schnell fortschreitendem und symptomatischem, metastasiertem medullärem Schilddrüsenkarzinom. Die Behandlung bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Orphan Drug Status von Swissmedic (31.05.2011): Behandlung des medullären Schilddrüsenkarzinoms (MTC)

Personalien Patient(in):

Name:	Vorname:	Geb.-Dat.:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse:	Adresszusatz:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ	Ort:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Krankenversicherer:

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

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):

Ich beantrage eine Kostengutsprache für Caprelsa® aus folgendem Grund: (Dosis: 300mg/Tag, bei Unverträglichkeit Dosisreduktion möglich: 200mg/Tag, 100mg/Tag)

- Patient(in) mit nicht resezierbarem, schnell fortschreitendem und symptomatischem, metastasiertem medullärem Schilddrüsenkarzinom

- Anderes, nämlich:

Bemerkungen, zusätzliche Informationen:

Anfragender 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:.....

Stempel/Unterschrift:.....