

**DARZALEX® / DARZALEX® SC (Daratumumab)****Kostengutsprachege such z. H. des Vertrauensarztes**

**Swissmedic-Zulassung, Auszug (Swissmedicin fo):** DARZALEX ist indiziert in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason für die Behandlung von bisher unbehandelten Patienten mit multiplem Myelom, die für eine autologe Stammzelltransplantation nicht geeignet sind.

**Personalien Patient:**

Name:  Vorname:  Geb. Datum

Geschlecht:  ♀  ♂ Strasse:  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

**Krankenversicherer:**  Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

**Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt). Bisherige Therapien:**

- Die Patientin/der Patient leidet an einem Multiplen Myelom.  
 Patientin/Patient ist für eine autologe Stammzelltransplantation ungeeignet. Begründung:

Geplanter Beginn der Behandlung: (MM/JJJJ):

Therapiealternativen? Gründe für die Therapiewahl mit DARZALEX® (bitte Literatur beilegen):

Bemerkungen, Ergänzungen:

**Anfragender Arzt/Ärztin**

Name:  Vorname:

Strasse:  PLZ:  Ort:

Tel.  Fax:  E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:  Abteilung:

Datum: