

# Darzalex® Darzalex® SC (Daratumumab)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

**Limitatio (Auszug):** Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Nur bis zur Progression der Krankheit. Nur als Monotherapie zur Behandlung von auf die letzte Therapie refraktäre Patienten in der vierten Linie des Multiplen Myeloms, bei Patienten die mindestens 3 frühere Therapielinien erhalten haben, einschliesslich >1 Proteasomen-Inhibitors (PI) und >1 immunmodulatorischen Wirkstoffs (IMiD) oder welche gegenüber >1 PI und IMiD doppel-refraktär waren und noch nie mit Darzalex behandelt wurden. Die Kostengutsprache gilt zunächst für 4 Wochen und wird vom Krankenversicherer nur dann verlängert werden, wenn der behandelnde Arzt dem Krankenversicherer nach 4 Wochen meldet, dass die Therapie fortgesetzt wird. In diesem Fall ist die Verlängerung der Kostengutsprache ohne Einforderung weiterer Unterlagen zu gewähren.

## Personalien Patient(in):

Name:  Vorname:  Geb. Datum:

Geschlecht:  ♀  ♂ Strasse:  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:  Gewicht (kg):

## Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt):  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

## Medizinische Daten (ausschliesslich für Vertrauensarzt bestimmt):

Die Patientin/der Patient leidet an einem Multiplen Myelom.

Zu den vorangegangenen Therapien. Gemäss zugelassener Indikation von Swissmedic müssen mindestens drei Vortherapien stattgefunden haben, einschliesslich >1 Proteasomen-Inhibitors (PI) und >1 immunmodulatorischen Wirkstoffs (ImiD) oder welche gegenüber >1 PI und IMiD doppel-refraktär waren. Bitte beschreiben Sie die Vortherapien nachfolgend.

Welche(s) Medikament(e)?	von (MM/JJJJ)	bis (MM/JJJJ)	Angaben zur Wirkung:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bemerkungen, Ergänzungen:

## Arzt/Ärztin:

Name:  Vorname:

Strasse:  PLZ:  Ort:

Tel.:  Fax:  E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:  Abteilung:

Datum: