

ERLEADA® (Apalutamid)**Kostengutsprachegesuch z. H. des Vertrauensarztes**

Limitatio: Befristete Limitation bis 31.10.2025. Nach Kostengutsprache des Krankenversicherers mit vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. ERLEADA wird vergütet in Kombination mit Androgendeprivationstherapie (ADT) für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem, hormonsensitivem Prostatakarzinom (mHSPC). (Siehe auch [SL](#)).

Personalien Patient

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):

Der Patient ist an einem metastasierten, hormon-sensitiven Prostatakarzinom (mHSPC) erkrankt.

Geplanter Beginn der Behandlung mit ERLEADA (MM/JJJJ):

Angaben zum bisherigen Verlauf:

Bemerkungen, Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: