

Imbruvica® (Ibrutinib)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Indikation: Mantelzelllymphom (MCL, Monotherapie).

Indikationscode: 21011.07

Limitatio (Auszug): Als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit MCL, charakterisiert durch Translokation t(11;14) und/oder Expression von Cyclin D1, in denen kein partielles Ansprechen erreicht wurde mit vorheriger Therapie oder die eine Progression nach der vorherigen Therapie gezeigt haben.

Personalien Patient(in):

Name: Vorname: Geb. Datum:

Geschlecht: ♀ ♂ Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt): Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Medizinische Daten:

Patient/in ist an einem Mantelzelllymphom erkrankt. Patient/in mit MCL ist charakterisiert durch Translokation t(11;14) und/oder Expression von Cyclin D1. Es wurde kein partielles Ansprechen mit vorheriger Therapie erreicht oder es fand eine Progression nach der vorherigen Therapie statt.

Zusammenfassung der bisherigen Therapie und aktueller Stand:

Bemerkungen/Ergänzungen:

Geplanter Beginn der Therapie mit Imbruvica® (MM/JJJJ):

Anfragender Arzt/Ärztin

Name: Vorname:

Strasse: PLZ: Ort:

Tel. Fax: E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: