

Innovid® (Pomalidomid)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Limitatio siehe Spezialitätenliste

Personalien Patient(in):

Name: Vorname: Geb. Datum:

Geschlecht: ♀ ♂ Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt): Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Diagnose (ausschliesslich für Vertrauensärztin/Vertrauensarzt bestimmt):

Die Patientin/der Patient leidet an einem rezidivierendem multiplen Myelom, mit mindestens zwei vorangegangenen Therapien inklusive Lenalidomid und einem Proteasom-Inhibitor, sowie progredient zur letzten Therapie.

Geplante Kombinationstherapie: mit Dexamethason mit Elotuzumab und Dexamethason

Zu den vorangegangenen Therapien:

Welche(s) Medikament(e)? von (MM/JJJJ) bis (MM/JJJJ) Angaben zur Wirkung:

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name: Vorname:

Adresse: Adresszusatz:

PLZ: Ort: Tel.:

Fax: E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum:

Limitatio (Auszug, vollständige Limitatio siehe SL):

Nur nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.
Imnovid in Kombination mit Dexamethason ist indiziert zur Behandlung von rezidiviertem und refraktärem Multiplem Myelom (MM) bei Patienten, welche mindestens zwei vorgängige Therapien erhielten (inklusive Lenalidomid und Bortezomib) und welche eine Progredienz zur letzten Therapie gezeigt haben.

Befristete Limitation bis 31.07.2021

Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.
IMNOVID wird in Kombination mit Elotuzumab und Dexamethason zur Behandlung des multiplen Myeloms bei erwachsenen Patienten vergütet, die zuvor mindestens zwei Therapien inklusive Lenalidomid und einen Proteasom-Inhibitor erhalten haben und die Progredienz zur letzten Therapie gezeigt haben.

(Siehe auch [Spezialitätenliste](#))