

Darzalex® (Daratumumab)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Limitatio: 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 Multiplem 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. Wird die Therapie nach 4 Wochen nicht fortgesetzt, vergütet die Janssen-Cilag AG nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezuges versichert war, die Kosten für die bis zu diesem Zeitpunkt abgegebenen Packungen bzw. Mengen von DARZALEX zurück. Die Mehrwertsteuer kann nicht zusätzlich zu diesem Betrag zurückgefordert werden. Die Aufforderung zur Rückvergütung soll in der Regel innerhalb von 6 Monaten erfolgen.

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 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.

1. Therapie:

2. Therapie:

3. Therapie:

Bisheriger Verlauf und aktueller Therapiestand:

Zur Therapie mit Darzalex® (Standarddosierung: 16mg/kg Körpergewicht).

Benötigte Anzahl Packungen pro Infusion

à 100mg

à 400mg

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name:

Vorname:

Adresse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum: