

TRODELVY® (Sacituzumab Govitecan)

Krebstherapie, zeitlich dringende Anfrage

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Limitatio siehe www.spezialitaetenliste.ch

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 nicht resezierbarem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem triple-negativem Mammakarzinom (TNBC) erkrankt.

Patient/in hat mindestens zwei Vortherapien erhalten (Chemotherapie oder gezielte bzw. molekulare Krebstherapie), davon mindestens eine Chemotherapie (unabhängig vom Krankheitsstadium) sowie eine Vortherapie im metastasierten Stadium.

Zur Vorbehandlung:

Welches 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:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name: Vorname:

Adresse: Adresszusatz:

PLZ: Ort: Tel.:

Fax: E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals: Abteilung:

Datum: