

Einsendung folgender Unterlagen an Novocure®

☐ Rezept (Muster 16)

Rezept-Checkliste:

- 1) Leistungspaket Optune Gio 3 Monate
- 2) Diagnose notieren:
„neu diagnostiziertes Glioblastom“
- 3) „Hilfsmittel“ bitte ankreuzen

☐ Einwilligung des/der Patienten/Patientin zur Kontaktaufnahme durch Novocure

☐ Tumorboardbeschluss* mit Empfehlung für TTFields (Optune Gio)

☐ Arztbrief mit Informationen zu bereits stattgefundenen Therapien
Mit Informationen zur Radiochemotherapie (Start- und Enddatum, Strahlendosis, Chemotherapie) und zur geplanten adjuvanten Therapie**

☐ MRT-CD oder QR-Code zur Therapieplanung (postoperativ)

☐ Ausgefüllte MD-Checkliste

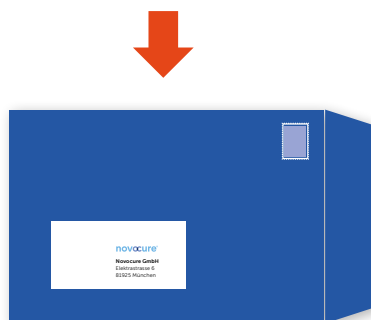
☐ Falls bereits vorliegend: MRT-Befund nach Radiochemotherapie zum Ausschluss eines frühen Progresses (muss spätestens mit der Folgeverordnung nach 3 Monaten vorliegen)

Rezept ist im Original notwendig.

Alle weiteren Unterlagen können auch per Mail:

Dokumente@novocure.com
oder per Fax: 089 380 370 18
gesendet werden.

Bitte sichern Sie die Unterlagen vor unberechtigtem Zugriff, bevor Sie sie über diese Kanäle senden.



An:

Novocure GmbH
Elektrastrasse 6
81925 München

* **Teilnehmer des interdisziplinären Tumorboards (Fachärztin/Facharzt)**

Neurologie, Neurochirurgie, Radiologie, Strahlentherapie, **und** Hämatologie und Onkologie

** **idealerweise Behandlungsbeginn von Optune Gio mit Beginn der Erhaltungstherapie mit TMZ +/- Lomustin**

Einsendung folgender Unterlagen an Novocure®

Folgeverordnung (kein Progress)

ODER

Folgeverordnung (beim ersten Progress)

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Musterkrankenkasse

Name, Vorname des Versicherten
Mustermann Johanna geb. am **12.03.45**

Kassen-Nr. **101234567** Versicherten-Nr. **A123456789** Status **5**

Betriebsstätten-Nr. **123456678** Arzt-Nr. **123456789** Datum **10.04.24**

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)
Leistungspaket Optune Gio 3 Monate
Dg: neu diagnostiziertes Glioblastom

12345678
Dr. Max Mustermann
Facharzt für Neurologie
Versorgungsstraße 12
56789 Musterstadt
Tel. 123456789

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (7/2008)

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Musterkrankenkasse

Name, Vorname des Versicherten
Mustermann Johanna geb. am **12.03.45**

Kassen-Nr. **101234567** Versicherten-Nr. **A123456789** Status **5**

Betriebsstätten-Nr. **123456678** Arzt-Nr. **123456789** Datum **10.04.24**

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)
Leistungspaket Optune Gio 3 Monate
Dg: Glioblastom 1. Rezidiv

12345678
Dr. Max Mustermann
Facharzt für Neurologie
Versorgungsstraße 12
56789 Musterstadt
Tel. 123456789

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (7/2008)

- ☐ Rezept (Muster 16)
- ☐ MRT-Befund
- ☐ Arztbrief mit Informationen zu bereits stattgefundenen Therapien
- ☐ Ausgefüllte MD-Checkliste

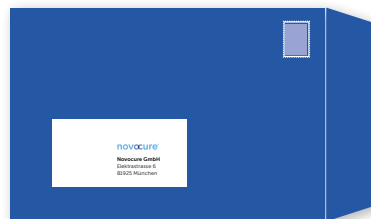
- ☐ Rezept (Muster 16)
- ☐ MRT-Befund
- ☐ Evtl. neue MRT-Bilder zur Neu-Berechnung des individuellen Array-Layouts
- ☐ Tumorboardbeschluss* mit Empfehlung für TTFields (Optune Gio) in der Rezidivsituation
- ☐ Arztbrief mit Informationen zu bereits stattgefundenen Therapien
- ☐ Ausgefüllte MD-Checkliste für die Folgeverordnung

Rezept ist im Original notwendig.

Alle weiteren Unterlagen können auch per Mail:

Dokumente@novocure.com
oder per Fax: 089 380 370 18
gesendet werden.

Bitte sichern Sie die Unterlagen vor unberechtigtem Zugriff, bevor Sie sie über diese Kanäle senden.



An:
Novocure GmbH
Elektrastrasse 6
81925 München

* Teilnehmer des interdisziplinären Tumorboard (Fachärztin/Facharzt)

Neurologie, Neurochirurgie, Radiologie, Strahlentherapie und Hämatologie und Onkologie