

DAK-Gesundheit, Am Wall 128 - 134, 28195 Bremen

Gesetzliche Krankenversicherung
Fachgruppe ArzneiM Genehmigung
Bremen

Postanschrift DAK-Gesundheit
Am Wall 128 - 134
28195 Bremen

Telekontakt Telefon: 0421 168231-9420
Telefax: 0421 168231-7000
E-Mail: service441170@dak.de

Internet www.dak.de

persönlicher Kontakt Am Wall 128 - 134
28195 Bremen

Versicherten-Nr.
unser Zeichen
Datum

Antrag auf Kostenübernahme (Cannabinoid-haltiges Arzneimittel n. § 31 Abs. 6 SGB V) für das Arzneimittel Cannabis

Name, Vorname Ihres Patienten

Geburtsdatum

Sehr geehrte Frau Doktor,
sehr geehrter Herr Doktor,

für das obengenannte Arzneimittel wird die Kostenübernahme beantragt.

Bitte beantworten Sie kostenfrei unsere Fragen auf dem beiliegenden Bogen. Falls Sie etwas genauer ausführen möchten, können Sie dafür gern ein separates Blatt verwenden.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Freundliche Grüße

Ihre DAK-Gesundheit
Team Leistungsbearbeitung

Anlage

Arztfragebogen zu Cannabinoiden nach § 31 Abs. 6 SGB V

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gut leserlich aus. Weitere Ausführungen können auf einem Beiblatt angefügt werden.

1 Erfolgt die Verordnung im Rahmen der genehmigten Versorgung nach § 37b SGB V (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung)?

ja nein

2 Erfolgt die Therapie in unmittelbarem Anschluss an eine Behandlung mit medizinischem Cannabis im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts?

ja nein

3 Liegt die Zustimmung der Versicherten/des Versicherten zur Übermittlung der Daten gemäß Cannabis-Begleiterhebungs-Verordnung an das BfArM vor?

ja nein

4 Erfolgt die Therapie im Rahmen einer klinischen Prüfung? (Nicht gemeint ist die anonymisierte Begleitforschung.)

ja nein

5 Welches Produkt soll verordnet werden?

Wirkstoff:

Handelsname:

Verordnungsmenge in 30 Tagen:

Tagesdosis:

Darreichungsform:

6 Sollten Sie Cannabis-Blüten verordnen wollen, erläutern Sie bitte, warum der Einsatz eines standardisierten Cannabis-Extraktes (z.B. Dronabinol, Extrakt Tiray) nicht möglich ist:

6a Welche Erkrankung soll behandelt werden?

Versicherter

KVNR

DSt

441170

6b Wie lautet das Behandlungsziel?

7 Ist die Erkrankung schwerwiegend?

ja nein

Falls ja, welcher Verlauf/Symptomatik/Beeinträchtigungen oder anderes begründet den Schweregrad? (Bitte Befundunterlagen, Krankenhausberichte zur Verfügung stellen)

8 Welche anderen Erkrankungen bestehen gleichzeitig?

9 Welche aktuelle Medikation (bitte Angaben von Wirkstoff und Dosis) / nichtmedikamentöse Behandlung erfolgt zurzeit parallel?

10 Ist es vorgesehen, die bisherige Medikation im Bezug zu den behandelnden Indikationen bzw. Symptomen parallel zur Therapie mit Cannabis fortzuführen?

ja nein

Falls Ja, erläutern Sie bitte die Beweggründe.

weiter auf Folgeseite

Versicherter

KVNR

DSt

441170

11 Falls bereits eine cannabisbasierte Arzneimitteltherapie durchgeführt wurde bzw. wird, wie hat das den Krankheitsverlauf / die Symptomatik beeinflusst? (Bitte präziser Therapieverlaufsbericht)

12 Die ausführliche Beantwortung dieser Frage ist zwingend für die weitere Bearbeitung erforderlich. Welche bisherige Therapie ist bei dieser Erkrankung mit welchem Erfolg durchgeführt worden und in welchem Zeitraum?

13 Die ausführliche Beantwortung dieser Frage ist zwingend für die weitere Bearbeitung erforderlich. Bestehen noch zugelassene alternative medikamentöse und/oder nicht-medikamentöse Behandlungsoptionen?

ja nein

Falls ja, warum können diese nicht eingesetzt werden?

14 Besteht eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome? Bitte benennen Sie Literatur, die Sie Ihrer Entscheidung zugrunde gelegt haben und die das belegt. (Es würde die Stellungnahme des MD wesentlich beschleunigen, wenn Sie die Literatur im Original beifügen würden. Vielen Dank.)

Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes