

DAK-Gesundheit Postzentrum, 22788 Hamburg

Gesetzliche Krankenversicherung
Fachzentrum Fahrkosten
Bremen
Postanschrift DAK-Gesundheit Postzentrum
22788 Hamburg
Telekontakt Telefon: 040 325325-811
Telefax: 040 33470-123456
E-Mail: service441100@dak.de
Internet www.dak.de
persönlicher Kontakt Am Wall 128 - 134
28195 Bremen
IK 101567666

Versicherten-Nr.
unser Zeichen
Datum

Antrag auf Kostenübernahme für das Medikament:

Patientin

Geburtsdatum

Sehr geehrte Frau Doktor,
sehr geehrter Herr Doktor,

für das o.g. Präparat wird die Kostenübernahme über den Festbetrag hinaus beantragt. Aus diesem Grund ist eine sozialmedizinische Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) notwendig.

Der MD benötigt dafür spezielle Informationen. Bitte beantworten Sie deshalb kostenfrei unsere Fragen auf dem beiliegenden Fragebogen. Nutzen Sie für Ihre Ausführungen ggf. ein separates Blatt.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Freundliche Grüße
Ihre DAK-Gesundheit

Anlage

 We are happy to advise you in English. Contact us here: www.dak.de/contact

Versicherte

KVNR

DSt

Arztfragebogen zur Übernahme von Mehrkosten bei Festbetragsarzneimitteln

Angaben zum Arzneimittel, das eingesetzt werden soll:

Handelsname: _____

Wirkstoff: _____

Dosis: _____

Darreichungsform: _____

Applikationsart: _____

Dosierungsschema: _____

1. Aus welchen medizinischen Gründen wird das Arzneimittel verordnet (Diagnose, Therapieziel)?

Wie wurde die Diagnose gesichert?

2. Aus welchem Grund ist das Arzneimittel, das eingesetzt werden soll, die einzige Alternative?

3. Welche Arzneimittel wurden bisher mit welchem Ergebnis angewendet?
(Bitte machen Sie Angaben zur Dosierung, zum Zeitraum der Behandlung, zum Ergebnis sowie ggf. aufgetretenen Nebenwirkungen.)

Versicherte

KVNR

DSt

4. Ergeben sich aus Begleitmedikation, Begleiterkrankungen oder Lebensumständen Einschränkungen hinsichtlich des Einsatzes der Arzneimittel der Festbetragsgruppe?
Wenn ja, welche?

5. Bei welchen der zum Festbetrag erhältlichen Arzneimittel sind Nebenwirkungen aufgetreten?

(Sind Nebenwirkungen aufgetreten, beantworten Sie bitte auch die Fragen 5.1 – 5.4)

- 5.1 Welche Nebenwirkungen traten jeweils bei welchem Arzneimittel auf?

- 5.2 Haben diese Nebenwirkungen die Qualität einer behandlungsbedürftigen Erkrankung erreicht? Anhand welcher Befunde lässt sich das objektiveren und wie wurden sie behandelt?

(Bitte legen Sie die in Zusammenhang mit den aufgetretenen Nebenwirkungen erhobenen Befunde und Behandlungsmaßnahmen dar.)

Versicherte

KVNR

DSt

5.3 Sind die aufgetretenen Nebenwirkungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das/die eingesetzte(n) Arzneimittel zurückzuführen? Können auch andere Ursachen/ Lebensumstände infrage kommen?

5.4 Ist eine Meldung der unerwünschten Arzneimittelwirkungen gemäß § 6 der Muster-Berufsordnung erfolgt? ja nein
(Falls ja, bitte Kopie und, soweit vorhanden, Bewertung durch die zuständige Stelle beifügen.)

6. Anlagen wurden beigefügt: ja nein

Datum

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes