

Bestätigung der Praxis

Angaben zum Patienten

Name:

Geburtsdatum:

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

Senden Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen **so schnell wie möglich** (spätestens jedoch nach 5 Tagen) an den im Weiterleitungsbogen genannten Medizinischen Dienst (MD). Ein Freiumschlag ist beigelegt.

Angaben zum Arzneimittel

Handelsname
PZN
Wirkstoff
Dosierung
Darreichungsform
Dosierungsschema

Bitte machen Sie Angaben zum Produkt, das verordnet werden soll.

Pharmazentralnummer

Angaben zur Behandlung

Dauer der Behandlung von	Monat Jahr	bis	Monat Jahr
Kosten der Behandlung	, EUR		

Ist Ihnen der Zeitraum oder der Betrag nicht bekannt, schätzen Sie ihn bitte **so genau wie möglich**. Bitte geben Sie die gesamten Behandlungskosten an.

Aus welchen medizinischen Gründen wurde das Arzneimittel verordnet?

Angaben zur Erkrankung

Liegt bei eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung vor oder droht der Eintritt einer irreversiblen schwerwiegenden Behinderung?

☐ ja ☐ nein

Hat er eine die Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigende Erkrankung?

☐ ja ☐ nein

Hat er eine seltene nicht erforschbare Erkrankung?

☐ ja ☐ nein

Diagnose/n

Einzelheiten zum klinischen Status

Angaben zum Krankheitsverlauf

Epikrise:

Prognose und mögliche Krankheitsfolgen, wenn das Arzneimittel bei [REDACTED]
[REDACTED] nicht angewendet wird:

Angaben zum Behandlungsverlauf

Wurden alle vertraglichen Untersuchungs- bzw. Behandlungsmethoden durchgeführt?

Wenn ja: Mit welchem Ergebnis?
Wenn nein: Warum nicht?

Welche Untersuchungen/Behandlungen wurden in den letzten 12 Monaten durchgeführt, bevor das Arzneimittel verabreicht wurde?

Bitte beschreiben Sie die Art und den Umfang so genau wie möglich.

Zu welchen Erfolgen haben diese Untersuchungen/Behandlungen bei [REDACTED]
[REDACTED] geführt?

Weitere Angaben zum Behandlungsverlauf

Bei vorangegangener Arzneimittel-Therapie:

Bitte machen Sie in diesem Einzelfall Angaben zur Zusammensetzung, Dosierung, Therapiedauer und Wirkungsweise.

Werden weitere Untersuchungen/Behandlungen zeitgleich zur Verabreichung des Arzneimittels durchgeführt?

Wenn ja: Welche und mit welchem Erfolg? Teilen Sie uns ggf. auch mit, welche Ärztin bzw. welcher Arzt diese verordnet hat.

Angaben zum Einsatz aufgrund einer Studie

Erfolgt die Behandlung mit dem Arzneimittel bei [REDACTED] innerhalb einer Studie?

☐ ja ☐ nein

Liegt ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vor, nach dem das beantragte Arzneimittel in dem nicht zugelassenen Anwendungsgebiet (Off-Label-Use) aufgrund der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinien (AMR) verordnet werden darf?

☐ ja ☐ nein

Angaben zur Zulassung

Wichtig: Bitte geben Sie bei **allen** Aussagen ggf. die entsprechenden Quellen an.

☐ Laut Forschungsergebnissen kann das Arzneimittel für die in dem Einzelfall vorliegende Erkrankung zugelassen werden.

☐ Ein entsprechender Zulassungsantrag wurde bereits gestellt.

☐ Es gibt einen Konsens in den einschlägigen medizinischen Fachkreisen über die indikationsbezogene Behandlung mit dem Arzneimittel.

☐ Wissenschaftliche Erkenntnisse rechtfertigen die Annahme, dass der voraussichtliche Nutzen die möglichen Risiken der Arzneimitteltherapie überwiegen wird.

Weitere Angaben zur Zulassung

- ☐ Es besteht eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf durch die Verabreichung des Arzneimittels.

Wenn ja: Geben Sie bitte auch die entsprechenden Quellen an.

Angaben für Rückfragen

Telefon

freiwillige Angabe

Datum, Unterschrift, Stempel

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlagen hierfür sind § 284 SGB V i. V. m. § 60 SGB I und § 21 SGB X.