

Antragstellung

Ärztliche Bescheinigung zur Verwendung von Cannabinoiden nach § 31 Abs. 6 SGB V

Antrag Krankenkasse:

Name Krankenkasse:

Straße, Hausnummer:

Ort, PLZ:

Patientenangaben:

Antrag auf eine Therapie mit Cannabis-basierten Arzneimitteln nach § 31 Abs 6 SGB V

Hiermit beantrage ich,

geboren am :

Versichertennummer:

Arztangaben:

Name der Praxis / Klinik:

Vorname Nachname Arzt / Ärztin:

Straße, Hausnummer:

Ort, PLZ:

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

Ja

Nein

Antragstellung

Ärztliche Bescheinigung zur Verwendung von Cannabinoiden nach § 31 Abs. 6 SGB V

2. Welches Produkt soll verordnet werden?

Wirkstoff/Handelsname:

Inhaltsstoffe:

Darreichungsform:

Dosis:

3 a) Welche Erkrankungen sollen behandelt werden?

3 b) Wie lautet das Behandlungsziel?

Antragstellung

Ärztliche Bescheinigung zur Verwendung von Cannabinoiden nach § 31 Abs. 6 SGB V

4 a) Ist die Erkrankung schwerwiegend?

Ja

Nein

4 b) Wie begründen der Verlauf, die Symptome, die Beeinträchtigungen oder anderes den Schweregrad?

5) Welche anderen Erkrankungen bestehen gleichzeitig?

6) Welche Medikation (unter Angabe des Wirkstoffes und der Dosierung) und welche nicht-medikamentösen Behandlungen erfolgen aktuell?

Antragstellung

Ärztliche Bescheinigung zur Verwendung von Cannabinoiden nach § 31 Abs. 6 SGB V

7. Welche Behandlung ist bisher für das Therapieziel mit welchem Erfolg durchgeführt worden?

8) Welche weiteren, allgemein anerkannten, dem medizinischen Standard entsprechenden, alternativen Behandlungsoptionen für das Behandlungsziel stehen grundsätzlich zur Verfügung und warum können diese im Einzelfall nicht zur Anwendung kommen?

9) Welche Medikation (unter Angabe des Wirkstoffes und der Dosierung) und welche nicht-medikamentösen Behandlungen erfolgen aktuell?

Antragstellung

Ärztliche Bescheinigung zur Verwendung von Cannabinoiden nach § 31 Abs. 6 SGB V

10) Erfolgt die Therapie im Rahmen einer klinischen Prüfung?

Ja Nein

Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Anlagen wurden beigefügt:

Ja Nein

Informationen:
