

DAK-Gesundheit
Am Wall 128-134
28195 Bremen

Antrag auf Cannabinoide gem. § 31 Abs. 6 SGB V

für das Arzneimittel _____

Name, Vorname des Patienten

_____ Geburtsdatum: _____

Versichertennummer: _____

Sehr geehrte Frau Doktor,
sehr geehrter Herr Doktor,

bitte nutzen Sie dieses Blatt, um den Antrag an die o.g. Anschrift zu senden.

Ergänzen Sie hier bitte Ihre Angaben:

Name und Anschrift der Arztpraxis:

Vielen Dank

Ihre DAK-Gesundheit

Anlage: Vollständig ausgefüllter Arzt-Fragebogen

Bitte füllen Sie diesen Teil als Vertragsärztin/ Vertragsarzt kostenfrei vollständig aus, stempeln ihn ab und unterschreiben ihn.

Arztfragebogen zu Cannabinoiden nach § 31 Abs. 6 SGB V

Name, Vorname, Geb. Datum Patient/in

Versichertennummer

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gut leserlich aus. Weitere Ausführungen können auf einem Beiblatt angefügt werden. Um eine zeitnahe Prüfung und Entscheidung zu ermöglichen, sollten die Angaben auf dem Fragebogen mit medizinischen Unterlagen (Krankenhausberichte/ Befunde/ Medikationshistorien usw.) nachvollziehbar belegt werden.

1. Erfolgt die Verordnung im Rahmen der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung?

0 Ja 0 Nein

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

0 Ja 0 Nein

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

0 Ja 0 Nein

4. Welches Produkt soll verordnet werden? Die Angabe ist zwingend notwendig.

Wirkstoff: _____

Handelsname: _____

Verordnungsmenge in 30 Tagen: _____

Tagesdosis: _____

Darreichungsform: _____

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

5a. Welche Erkrankung soll behandelt werden?

5b. Wie lautet das Behandlungsziel?

Arztfragebogen zu Cannabinoiden nach § 31 Abs. 6 SGB V

Name, Vorname, Geb. Datum Patient/in

Versichertennummer

6. Ist die Erkrankung schwerwiegend?

0 ja

0 nein

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

7. Besteht eine begründete Aussicht die bisherige Medikation mittels der Therapie mit Cannabis zu reduzieren oder sogar zu ersetzen? Falls Ja, erläutern Sie bitte die Beweggründe.

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

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

a) Medikamentöse Therapie:

Arztfragebogen zu Cannabinoiden nach § 31 Abs. 6 SGB V

Name, Vorname, Geb. Datum Patient/in

Versichertennummer

b) Nichtmedikamentöse Therapie:

10 . Die ausführliche Beantwortung dieser Frage ist zwingend für die weitere Bearbeitung erforderlich. Welche weiteren allgemein anerkannten, dem medizinischen Standard entsprechenden alternativen Behandlungsoptionen für das Behandlungsziel stehen grundsätzlich zur Verfügung und warum können diese nicht zum Einsatz kommen?

Arztfragebogen zu Cannabinoiden nach § 31 Abs. 6 SGB V

Name, Vorname, Geb. Datum Patient/in

Versichertennummer

11. 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.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift Vertragsärztin/arzt