

DAK-Gesundheit
Am Wall 128-134
28195 Bremen

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

für das Arzneimittel _____

Name, Vorname des Patienten /der Patientin

_____ 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

Dieser Teil ist von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt vollständig auszufüllen, abzustempeln und zu unterschreiben

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. Die begründete Einschätzung hat umfangreich zu erfolgen und sich konkret auf jede verfügbare Standardtherapie mit Begründung zu beziehen.

1a. Erfüllen Sie als verordnende Ärztin/verordnender Arzt die Voraussetzungen nach § 45 AM-RL zur genehmigungsfreien Verordnung von Cannabisarzneimittel?

ja / nein

Falls ja, aus welchem Grund stellen Sie einen Antrag auf Genehmigung der Verordnung?

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

ja / nein

1c. Erfolgt die Verordnung im Rahmen der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV)?

ja / nein

oder

1d. Erfolgt die Therapie im unmittelbaren Anschluss an eine bereits erfolgte Behandlung mit medizinischem Cannabis im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts?

ja / nein

1e. Erfolgt die Therapie im Rahmen einer klinischen Prüfung? (Nicht gemeint ist die anonymisierte Begleitforschung.)

ja / nein

2. Welches Produkt soll verordnet werden?

Wirkstoff: _____

Handelsname: _____

Darreichungsform: _____

Arztfragebogen zu Cannabinoiden nach § 31 Abs. 6 SGB V

Name, Vorname, Geb. Datum Patient/in

Versichertennummer

Gebrauchsanweisung in Einzel- und Tagesangabe:

THC-Gehalt:

Menge des verschriebenen Produkts:

3a. Welche Erkrankung soll behandelt werden?

3b. Wie lautet das Behandlungsziel?

4. Ist die Erkrankung schwerwiegend?

ja / nein

Falls ja, welcher Verlauf/welche Symptomatik/welche Beeinträchtigungen oder anderes begründet den Schweregrad? Bitte Befundunterlagen, Krankenhausberichte beifügen.

Arztfragebogen zu Cannabinoiden nach § 31 Abs. 6 SGB V

Name, Vorname, Geb. Datum Patient/in

Versichertennummer

5. Welche anderen Erkrankungen bestehen gleichzeitig?

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

7. Welche Behandlung ist bisher für das Therapieziel mit welchem Erfolg und in welchem Zeitraum durchgeführt worden? Welche Nebenwirkungen traten auf? Welche Konsequenzen auf die Behandlung hatten die Nebenwirkungen?

a) Medikamentöse Therapie:

Arztfragebogen zu Cannabinoiden nach § 31 Abs. 6 SGB V

Name, Vorname, Geb. Datum Patient/in

Versichertennummer

b) Nicht-Medikamentöse Therapie:

8. 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? Welcher Erfolg und welche Nebenwirkungen sind durch die Therapie zu erwarten?

9. Liegt bei dem Versicherten ein Suchtmittelkonsum vor?

ja / nein

Wenn ja: Welcher Suchtmittelkonsum liegt vor? Wird aktuell noch konsumiert? Bitte führen Sie aus, welche Auswirkungen durch die Verordnung von Cannabisarzneimitteln auf die Sucht bestehen, und begründen Sie, warum Sie bei bestehender Suchterkrankung Cannabisarzneimittel einsetzen wollen.

Arztfragebogen zu Cannabinoiden nach § 31 Abs. 6 SGB V

Name, Vorname, Geb. Datum Patient/in

Versichertennummer

10. Bitte begründen Sie den Einsatz von Cannabisarzneimitteln im Hinblick auf eventuell bestehende Kontraindikationen bzw. schädliche Auswirkungen der Therapie (z. B. Anwendung bei Kindern oder bei Patienten mit hohem kardiovaskulärem Risiko, Schizophrenie).

11a. Bitte wägen Sie den Erfolg und die Auswirkungen der Standardtherapie gegen den zu erwartenden Erfolg und die Auswirkungen einer Therapie mit dem beantragten Cannabisarzneimittel ab.

Arztfragebogen zu Cannabinoiden nach § 31 Abs. 6 SGB V

Name, Vorname, Geb. Datum Patient/in

Versichertennummer

11b. Besteht eine begründete Aussicht die bisherige Medikation mittels der Therapie mit Cannabis zu reduzieren oder sogar zu ersetzen?

ja / nein

Falls Ja, erläutern Sie bitte die Beweggründe.

12a. Bitte benennen Sie Literatur, die Sie Ihrer Entscheidung zugrunde gelegt haben, aus der hervorgeht, dass eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht.

(Es würde die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes wesentlich beschleunigen, wenn Sie die entsprechende Literatur zur Verfügung stellen können. Vielen Dank.)

12b. Falls bereits eine cannabisbasierte Arzneimitteltherapie durchgeführt wurde bzw. wird, wie hat das den Krankheitsverlauf / die Symptomatik beeinflusst? (Bitte präziser Therapieverlaufsbericht)

Arztfragebogen zu Cannabinoiden nach § 31 Abs. 6 SGB V

Name, Vorname, Geb. Datum Patient/in

Versichertennummer

Bei Anträgen zu Cannabisblüten:

13. Bitte begründen Sie, warum bei dem/der Versicherten anstelle von Cannabis-Fertigarzneimitteln, Dronabinol und Cannabisextrakten Cannabisblüten angewendet werden sollen. Bitte wägen Sie den Erfolg und die Auswirkungen von Cannabis-Fertigarzneimitteln, Dronabinol und Cannabisextrakten gegen den zu erwartenden Erfolg und die Auswirkungen einer Therapie mit den beantragten Cannabisblüten ab.

Datum

Stempel und Unterschrift der
Ärztin/des Arztes

Bitte geben Sie die folgenden Angaben an, falls diese nicht aus Ihrem Stempel hervorgehen:

LANR: _____

BSNR: _____

Gebietsbezeichnung:

Zusatzweiterbildungen:

Anlagen wurden beigefügt

ja / nein