

Arztfragebogen zu Cannabinoiden nach § 31 Abs. 6 SGB V

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gut leserlich aus. Weitere Ausführungen können auf einem Beiblatt angefügt werden.

Versichertenname: _____

Versichertennummer: _____

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

Ja nein

Falls „ja“ müssen die Punkte 3b bis 9 nicht ausgefüllt werden.

2. Welches Produkt soll verordnet werden?

Wirkstoff: _____

Handelsname: _____

Darreichungsform: _____

Dosis: _____

3a. Welche Erkrankung soll behandelt werden?

3b. Wie lautet das Behandlungsziel?

4. Ist die Erkrankung schwerwiegend?

Ja nein

Falls ja, welcher Verlauf/Symptomatik/Beeinträchtigungen oder anderes begründet den Schweregrad? (Bitte Befundunterlagen, Krankenhausberichte dem MDK Baden-Württemberg zur Verfügung stellen, siehe Punkt 13.)

5. Welche anderen Erkrankungen bestehen gleichzeitig?

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

7. Welche bisherige Therapie ist mit welchem Erfolg bisher durchgeführt worden?

8. Warum stehen allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende alternative Behandlungsoptionen nicht zur Verfügung?

9. Bitte benennen Sie Literatur, 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 MDK wesentlich beschleunigen, wenn Sie die Literatur im Original beifügen.
Vielen Dank.)

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

Ja nein

11. Liegt eine Erlaubnis nach § 3 Abs.2 BtMG (Erwerb von Cannabis zur Selbsttherapie) vor und wird von dieser (noch) Gebrauch gemacht.

Ja nein

12. Zustimmung des behandelnden Arztes zur Teilnahme an der Begleiterhebung

Ich stimme zu, dass die Daten gemäß Cannabis-Begleiterhebungsverordnung an das BfArM übermittelt werden.
Der Versicherte wurde entsprechend informiert.

Ja nein

Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Zustimmung des Versicherten zur Weitergabe von Daten

Ich stimme zu, dass meine Krankenkasse diesen Fragebogen und die darin enthaltenen Angaben für die Beurteilung einer Genehmigung erhalten darf.

Unterschrift der/des Versicherten