An die Krankenkasse:		Datum:	
		Arzneimittel:	
Verordnung at		e einer Off-Label- oschnitts K einschließlich chtlinie	
Versichertendaten:			
Name, Vorname		Versichertennummer	
Geburtsdatum		behandelnder Arzt	
Sehr geehrte Damen und	i Herren,		
genannte Arzneimittel vervon der Zulassung entspr Gemäß ärztlicher Beurte	erordnet werden soll. Im v rechend der Fachinformat eilung stehen in meinem Fa rendung zugelassenen Arzi	liagnostiziert, zu deren Behandlung das obevorliegenden Fall ist dessen Anwendung niction umfasst (Off-Label-Use). all keine gleichermaßen wirksamen Alternameimittel zur Verfügung (Näheres siehe	cht
und notwendig ist, beant Bitte teilen Sie mir Ihre E	rage ich die Übernahme o Entscheidung zu diesem A beginnen kann. Eine Kop	is ärztlicher Sicht medizinisch indiziert, zwe der Kosten. ntrag innerhalb von sieben Tagen mit, dam ie des Bescheides senden Sie bitte an meine	nit die
Ort, Datum	Unterschrift d	es/der Versicherten	

Zur	n Verbleib beim behandelnden Arzt
Nam	e, Vorname des/der Versicherten
Gebu	irtsdatum
Erk	darung des/der Versicherten:
	Ich wurde darüber informiert, dass das oben genannte Arzneimittel bei meiner Erkrankung außerhalb der arzneimittelrechtlichen Zulassung eingesetzt wird, und wurde über die damit zusammenhängenden medizinischen und leistungsrechtlichen Aspekte/Probleme persönlich und umfassend aufgeklärt.
	Ich wurde insbesondere darüber informiert, dass bei eventuellen unerwünschten Arzneimittelwirkungen nicht mit der Produkthaftung des Herstellers (Gefährdungshaftung nach Arzneimittelgesetz) gerechnet werden kann.
	Ich willige in die Behandlung mit diesem Arzneimittel ein und wünsche ausdrücklich die Verordnung auf Kassenrezept. Falls meine Krankenkasse nicht zustimmt, erbitte ich eine Verordnung auf Privatrezept.
Ort,	Datum Unterschrift des/der Versicherten