

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.

Arzt:

Name, Vorname

BSNR

LANR

Versicherte/r:

Name, Vorname

Versichertennummer

Geburtsdatum

Geschlecht: weiblich männlich

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

- ja
 nein

Erfolgt die Verordnung im unmittelbaren Anschluss an eine bereits erfolgte Behandlung mit einer Leistung nach § 31 Abs. 6 Satz 1 SGB V im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts?

- ja
 nein

2. Welches Produkt soll verordnet werden?

Wirkstoff: _____

Handelsname*: _____

* Bei der Verordnung von Cannabisblüten bitte die Sorte angeben.

Verordnungsmenge in 30 Tagen: _____

Tagesdosis: _____

Darreichungsform (Wie erfolgt die Anwendung?)

3a. Welche Erkrankung bzw. welches Symptom soll behandelt werden?

3b. Wie lautet das Behandlungsziel?

4. Ist die Erkrankung schwerwiegend?

ja

nein

Falls ja, welche(r) Verlauf/Symptomatik/Beeinträchtigungen oder anderes begründet/n den Schweregrad?
(Falls eine sozialmedizinische Begutachtung erforderlich wird, stellen Sie bitte dem MD Baden-
Württemberg **aussagekräftige** Befundunterlagen/Krankenhausberichte zur Verfügung.)

5. Welche anderen Erkrankungen bestehen gleichzeitig?

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

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 nicht zum Einsatz kommen?

9. 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 MD wesentlich beschleunigen, wenn Sie die Literatur im Original beifügen würden. Vielen Dank.)

10. Erfolgt die Therapie im Rahmen einer klinischen Prüfung?

- ja
- nein

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Anlagen wurden beigefügt

- ja
- nein

Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01626 EBM berechnungsfähig.

Hinweis: Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 284 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 i. V. m. § 31 Abs. 6 SGB V erhoben und verarbeitet. Sie sind nach § 100 SGB X verpflichtet, uns die erforderlichen Angaben zukommen zu lassen. Damit wir unsere Aufgabe des Leistungsentscheids über die Versorgung gemäß § 31 Abs. 6 SGB V rechtmäßig erfüllen können, sind die angeforderten Auskünfte notwendig.