

Anlage zum Antrag / Kostenübernahmeerklärung

Anlage zum Antrag von Herr/ Frau (Sorgeberechtigte) _____ bezüglich (Name Kind) _____
auf Kostenübernahmeerklärung gemäß § 2 Abs. 1a SGB V.

Angaben der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes:

Name des Versicherten: _____ Geburtsdatum: _____ Versichertennummer: _____

Diagnose(n): _____

Bereits durchgeführte Behandlungsmaßnahme(n): _____

Behandlungsergebnis(se): _____

Zugelassene Behandlungsalternativen, die aus den nachfolgend genannten Gründen im konkreten Fall nicht angewendet werden können:

Angaben zum Arzneimittel, das off-label eingesetzt werden soll:

Handelsname: _____ Wirkstoff: _____

Darreichungsform: _____ vorgesehene Dosierung: _____

vorgesehene Behandlungsdauer: _____ Behandlungskosten pro Quartal (ca.): _____

Therapieziel(e): _____

Die Patientin/den Patienten habe ich bereits über die medizinischen und rechtlichen Aspekte beim Einsatz des beantragten Arzneimittels außerhalb seiner zugelassenen Indikation(en) informiert.

Zu dem beantragten Arzneimittel/Wirkstoff liegen Studien-/Forschungsergebnisse vor, die auf dessen Wirksamkeit bei der o.g. Diagnose hinweisen:

☐ ja ☐ nein. Bitte Phase III Studien angeben oder beifügen: _____

Es gibt einen Konsens in Fachkreisen zum beabsichtigten off-labeluse: ☐ ja ☐ nein. Bitte Publikationen angeben oder beifügen: _____

Der pharmazeutische Hersteller hat einen Zulassungsantrag gestellt: ☐ ja ☐ nein.

Bitte vorhandene Informationen über Zulassungsantrag angeben oder beifügen: _____

Der Patient ist in ein Härtefallprogramm (compassionate use) zu dem beantragten Arzneimittel eingebunden. ☐ ja ☐ nein.

Der Patient nimmt an einer klinischen Studie zu dem beantragten Arzneimittel teil. ☐ ja ☐ nein.

Unterschrift

Ort, Datum _____