

FRAGEBOGEN ZU IMPORTARZNEIMITTELN

Name des/der Versicherten:

Versicherungsnummer:

Geburtsdatum:

ANGABEN ZUR THERAPIE

Folgendes Arzneimittel soll eingesetzt werden:

Handelsname und Wirkstoff	DOSIS	Darreichungsform (z. B. Ampullen, Tabletten)	Applikationsart (z. B. intravenös, oral, inhalativ)	Intervall	Dauer	Gesamtkosten

Das Arzneimittel ist zugelassen in (Herkunftsstaat):

Bitte Fach- oder Gebrauchsinformation beifügen.

Bei welcher Diagnose (mit Angabe zum Krankheitsstadium) soll das Arzneimittel angewendet werden? Welches Behandlungsziel wird dabei verfolgt?

Welche bisherigen Behandlungsmaßnahmen wurden mit welchem Erfolg durchgeführt? Bitte vollständige Auflistung mit Begründung.

Bei der Therapie sind folgende Begleiterkrankungen zu berücksichtigen:

Die beantragte Therapie wird wie folgt begründet (z. B. Studien, die die Wirksamkeit belegen, nachvollziehbare Referenzen wie Leitlinien, Publikationen, Einschätzung von Nutzen und Risiken der Behandlung):

Aussagen über Prognose (z. B. hinsichtlich der individuellen Lebenserwartung) und Krankheitsfolgen, die bei Nichtanwendung zu erwarten sind:

Die Behandlung wird im Rahmen einer (klinischen) Studie durchgeführt:

ja nein

Ist die Aufklärung der Patientin/des Patienten (ggf. schriftlich) erfolgt?

ja nein

Datum

Unterschrift und Praxisstempel