

KOSTENÜBERNAHMEANTRAG CANNABISTHERAPIE

Empfängeradresse / Name und Anschrift Ihrer Krankenversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für die vom Arzt verordnete Therapie mit medizinischem Cannabis.

PATIENTENDATEN

Patient/in	Vor- und Nachname:	_____
	Geboren am:	_____
	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
	Versicherungsnummer:	_____

Versicherung	Gesetzliche Krankenkasse:	_____
	Straße:	_____
	PLZ und Ort:	_____

Behandelnder Arzt	Name der Praxis:	_____
	Name des Arztes:	_____
	Straße:	_____
	PLZ und Ort:	_____

Anlagen:

Arztfragebogen zu Cannabinoiden

Ort und Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten

INDIKATION

1.1 Welches Beschwerdebild soll mit Medizinalcannabis behandelt werden?

- | | | |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schmerz | <input type="checkbox"/> Spastik | <input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit und Erbrechen | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Psychiatrische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Chronische Erkrankungen | | |

1.2 Diagnose nach ICD-10: *siehe Anlage Arztfragebogen*

1.3 Relevante Zusatzdiagnose: *siehe Anlage Arztfragebogen*

2. Welche Medikamente nehmen Sie bislang gegen das Beschwerdebild ein?

3. Beschreiben Sie die Wirkung, die Sie bisher verspürt haben, wenn die Medikamente eingenommen wurden.

POSITIVE WIRKUNGEN

- | | |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Verbessertes Allgemeinbefinden | <input type="checkbox"/> Steigerung der Libido |
| <input type="checkbox"/> Weniger Schmerzen | <input type="checkbox"/> Weniger Schlaflosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme |
| <input type="checkbox"/> Weniger Anfälle | <input type="checkbox"/> Mehr Lebensfreude |
| <input type="checkbox"/> Etwas anderes: | |

NEGATIVE WIRKUNGEN

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme | <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme |
| <input type="checkbox"/> Libido-Verlust | <input type="checkbox"/> Progrediente Leberinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Progrediente Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> Kreislaufschwäche |
| <input type="checkbox"/> Blutbildveränderungen | |
| <input type="checkbox"/> Eine weitere Steigerung der Dosierung dieses Medikaments ist nicht mehr möglich. | |
| <input type="checkbox"/> Etwas anderes: | |

Weitere Angaben zum bisherigen Medikationsplan:

4. Welche anderen Erkrankungen bestehen gleichzeitig?

CANNABINOIDBEHANDLUNG

Dieses Formular dient lediglich zur Unterstützung bei der Erstellung eines Antrages an die Krankenkasse nach § 31 Abs. 6 Satz 2 SGB V. Die Verordnung einer Behandlung mit medizinischem Cannabis ist dem Arzt vorbehalten. Die Versorgung erfolgt ausschließlich auf ärztliche Verschreibung durch die Apotheke

5. Cannabinoidkonzentration

CBD dominant

THC/CBD ausgeglichen

THC dominant

6. In welcher Form soll die medikamentöse Therapie mit Cannabis erfolgen?

Cannabisblüten **inhalativ**

Oral:

Cannabisextrakt Tropfen Fertigarzneimittel Spray

Fertigarzneimittel Kapseln Cannabisblüten Tee

Cannabidiol Kapseln Ölige Cannabidiol Tropfen

7. Cannabisprodukt wählen und die Dosierung angeben

Naxiva® Panaxol™ ONKO

THC 50 mg/ml CBD 10 mg/ml

Naxiva® Panaxol™ ONKO

THC 100 mg/ml CBD 20 mg/ml

Dosierung:

siehe Anlage Arztfragebogen

8. Ist für die Behandlung ein medizinischer Verdampfer / Inhalator notwendig?

Kein Verdampfungssystem notwendig

Freitext:

BEGRÜNDUNG DER THERAPIE

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

Ja

Nein

siehe Anlage Arztfragebogen

10. Ist die Grunderkrankung oder mehrere Erkrankungen zusammen schwerwiegend?

Ja, die Erkrankung ist schwerwiegend

Austerapiert und klare infauste Prognose

Progredienter/foudroyanter Verlauf

Etwas anderes:

11. Wie lautet das Behandlungsziel?

Reduzierung der Nebenwirkungen durch Standardtherapie

Verhinderung von Krankenhausaufenthalten

Reduktion bzw. Vermeidung der starken und die Lebensqualität reduzierenden Nebenwirkungen der bisherigen Medikation

Erhalt bzw. Wiederherstellung der Selbstversorgung im häuslichen Milieu

Etwas anderes:

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

siehe Anlage Arztfragebogen

Diverse NSAR nicht mehr eingesetzt wegen starker gastrointestinaler Nebenwirkungen

Schwache Opioide ungenügende Wirksamkeit bei starken Nebenwirkungen (Übelkeit und Erbrechen)

Starke Opioide wegen folgender NW abgesetzt bzw. nicht weiter steigerbar: Übelkeit, Obstipation, Schwindel, Sturzgefahr, Libidoverlust, Kontraindiziert wegen u. g. Begleiterkrankungen)

Physiotherapie im Rahmen der Kassenleistung ausgeschöpft

Psychotherapie

Stationäre Aufnahme

Etwas anderes:

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

siehe Anlage Arztfragebogen

- Es besteht keine allgemein anerkannte, dem medizinischen Stand entsprechende Leistung als Alternative zur Behandlung bis Cannabis zur Verfügung
- Es besteht eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome
- Andere Medikamentengruppen kommen, insbesondere aufgrund ihres Nebenwirkungsprofils, nicht in Betracht
- Etwas anderes:

14. 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.

Relevante Literaturempfehlung:

siehe Anlage Arztfragebogen

15. Erfolgt die Cannabinoidtherapie im Rahmen einer klinischen Prüfung?

- Ja Nein