

Antragstellende(r) Ärztin/Arzt:

.....
.....
.....

Datum:

An die Krankenkasse:

.....
.....
.....

Antrag auf Kostenübernahme eines Importarzneimittels

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei Ihrer/Ihrem Versicherten:

.....

Geburtsdatum:

.....

Versichertennummer:

.....

plane ich die Verordnung von (Wirkstoff/Fertigarzneimittel):

.....

Dosierung/Therapieschema:

.....

voraussichtliche Therapiedauer:

.....

bei Vorliegen folgender Diagnose(n):

.....

.....

Dieses Arzneimittel ist weder in Deutschland noch europaweit zugelassen und kann demzufolge nur nach § 73 (3) Arzneimittelgesetz importiert werden.

Nach meiner fachlichen Einschätzung liegen im Falle Ihrer/Ihres Versicherten kumulativ folgende Kriterien vor:

1) Die Erkrankung

- ist für die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigend.
- ist lebensbedrohlich.
- ist regelmäßig tödlich verlaufend (notstandsähnliche Situation).
- führt zum vollständigen Verlust einer Sinnesfunktion (Sehkraft, Hörkraft etc.).

2) Eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende und in Deutschland/europaweit zugelassene Leistung

- steht nach aktuellem medizinischem Stand nicht zur Verfügung.
- steht im vorliegenden Fall nicht zur Verfügung, weil alle zugelassenen Therapieoptionen ausgeschöpft sind (erforderliche Angaben: siehe Checkliste).

3) Es besteht eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbar positive Einwirkung des Arzneimittels auf den Krankheitsverlauf.

Die Anwendung des Importarzneimittels erfolgt nicht im Rahmen einer klinischen Studie. Die Zulassung des Arzneimittels wurde nicht durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) oder die Europäischen Arzneimittel-Agentur EMA versagt.

Checkliste – aussagekräftige Unterlagen zur Einzelfallprüfung

Für eine effiziente Antragsbearbeitung füge ich folgende Unterlagen hinzu:

- Detaillierte Angaben zum aktuellen Allgemeinzustand der Patientin/des Patienten, Krankheitsverlauf bzw. Schweregrad der Erkrankung.
- Frühere und aktuelle Befunde, Krankenhausberichte o. ä. mit Bezug zum vorliegenden Antrag.
- Konkrete Angaben zu Vortherapien (Wirkstoff bzw. Fertigarzneimittel, Dosis/ Applikationsintervall, Anwendungszeitraum, Wirkung, Nebenwirkungen, Kontraindikationen etc.).
- Stellungnahme zu möglichen Therapiealternativen bzw. deren Fehlen (z. B. Nebenwirkungen, Kontraindikationen, mangelnde Wirksamkeit).

Als behandelnde(r) Ärztin/Arzt bin ich durch meinen Patienten/meine Patientin bevollmächtigt, ihn/sie im Rahmen des Antragsverfahrens fachlich zu vertreten (siehe Anlage).

Ich halte die Therapie mit diesem Arzneimittel im Falle Ihrer/Ihres Versicherten für medizinisch indiziert, zweckmäßig und notwendig. Ich beantrage deshalb die Übernahme der Verordnungskosten. Bitte teilen Sie Ihre Entscheidung zeitnah Ihrer/Ihrem Versicherten und mir in Kopie mit.

Mit Ihrer Kostenübernahmeerklärung werde ich dieses Arzneimittel auf einem Kassenrezept zu Ihren Lasten verordnen.

Ihre(n) Versicherte(n) habe ich über die medizinischen und rechtlichen Aspekte eines Einzelimports informiert.

Ort, Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt

Stempel

Anlage zum Antrag auf Kostenübernahme eines Importarzneimittels:

Erklärung der Patientin/des Patienten zum geplanten Einzelimport

Vorname: Name:

Geburtsdatum: Krankenkasse:

Arzneimittel:

Hiermit erkläre ich, dass ich von meiner Ärztin/meinem Arzt darüber informiert worden bin, dass das oben genannte Arzneimittel weder in Deutschland noch europaweit zugelassen ist und deshalb als Importarzneimittel bezogen werden muss.

Ich wurde von meiner Ärztin/meinem Arzt über die medizinischen, sozialrechtlichen und haftungsrechtlichen Aspekte beim Einsatz des o. g. Arzneimittels bei meiner Erkrankung in einem persönlichen Aufklärungsgespräch umfassend informiert und habe diese verstanden. Meine Fragen hierzu habe ich stellen können, diese sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.

Ich stimme der Behandlung mit dem o. g. Arzneimittel zu und wünsche ausdrücklich die Verordnung auf Kassenrezept. Über die Möglichkeit einer Privatverordnung nach Ablehnung der Kostenübernahme seitens meiner Krankenkasse bin ich informiert worden. Mir ist bewusst, dass eine nachträgliche Kostenerstattung durch die Krankenkasse in diesem Fall nicht möglich ist.

Ich bin damit einverstanden, dass mein(e) Ärztin/Arzt diesen Antrag mit meinen persönlichen Daten und ggf. ergänzenden medizinischen Unterlagen bei meiner Krankenkasse einreicht und eine Kopie des Bescheides erhält. Bei Rückfragen darf die Krankenkasse entweder mich oder meine Ärztin/meinen Arzt kontaktieren.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient
ggf. Bevollmächtigte(r)/Sorgeberechtigte(r)