

An die Krankenkasse:

Datum: _____

Antrag auf Kostenübernahme einer Off-Label-Verordnung gemäß § 2 Absatz 1a SGB V

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei Ihrer/Ihrem Versicherten _____ wurde folgende schwerwiegende Erkrankung diagnostiziert:

Diagnose:

Diese Erkrankung ist

- lebensbedrohlich
 regelmäßig tödlich
 wertungsmäßig mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung vergleichbar.

Ich beabsichtige die Verordnung von _____. Es handelt sich hierbei um eine Anwendung, die nicht von der Zulassung umfasst ist (Off-Label-Use). Nach meiner fachlichen Einschätzung steht im Falle Ihrer/Ihres Versicherten keine gleichsam wirksame Alternative mit einem für diese Anwendung zugelassenen Arzneimittel zur Verfügung.

Begründung:

Ich halte eine Therapie mit diesem Arzneimittel außerhalb der Zulassung (Off-Label) im Falle Ihrer/Ihres Versicherten für medizinisch indiziert, zweckmäßig und notwendig und beantrage deshalb für Ihre/Ihren Versicherte/n die Übernahme der Kosten.

Ihre/Ihr Versicherte/r wurde von mir über die medizinischen, sozialrechtlichen und haftungsrechtlichen Aspekte und Probleme eines Off-Label-Use informiert (siehe Erklärung der/des Versicherten).

Bitte teilen Sie Ihre Entscheidung zu diesem Antrag innerhalb von sieben Tagen Ihrer/Ihrem Versicherten mit, damit die Behandlung unverzüglich beginnen kann. Eine Kopie des Bescheides schicken Sie bitte an mich.

Mit Ihrer Kostenübernahmeerklärung werde ich dieses Arzneimittel auf einem Kassenrezept (Muster 16) zu Ihren Lasten verordnen. Im Falle einer Ablehnung behalte ich mir vor, dieses Arzneimittel auf einem Privatrezept zu verordnen.

Ort/Datum

Unterschrift Vertragsärztin/-arzt

Stempel

Erklärung der/des Versicherten:

Ich wurde darüber informiert, dass das oben genannte Arzneimittel bei meiner Erkrankung außerhalb der arzneimittelrechtlichen Zulassung eingesetzt wird und dass deshalb bei eventuellen unerwünschten Arzneimittelwirkungen nicht mit der Produkthaftung (Gefährdungshaftung nach Arzneimittelgesetz) des Herstellers gerechnet werden kann.

Ich wurde über die medizinischen, sozialrechtlichen und haftungsrechtlichen Aspekte/Probleme des Einsatzes des oben genannten Arzneimittels bei meiner Erkrankung in einem persönlichen Aufklärungsgespräch umfassend informiert. Ich verzichte auch auf eine Haftung des verordnenden Arztes wegen der Anwendung des Arzneimittels außerhalb der arzneimittelrechtlichen Zulassung.

Ich stimme der Behandlung mit diesem Arzneimittel zu und wünsche ausdrücklich die Verordnung auf Kassenrezept. Falls meine Kasse nicht zustimmt, erbitte ich eine Verordnung auf Privatrezept.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt diesen Antrag mit meinen persönlichen Angaben bei meiner Krankenkasse einreicht und eine Kopie des Bescheides erhält.

Ort/Datum

Unterschrift Patientin/Patient