

Freigabe 07.05.2009

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Erstantrag besondere Arzneimitteltherapie

Verordnung von _____ **haltigen Arzneimitteln**
Bitte Wirkstoff angeben

behandelnder Arzt
 Name _____

Anschrift _____

Arzt für besondere Arzneimitteltherapie
 Name _____

Anschrift _____

Einverständnis der Patientin/des Patienten liegt vor

Patientenangaben Größe/cm Gewicht/kg Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

1. Welche Diagnose der PAH liegt vor und wie ist sie gesichert? _____

1.1 Seit wann besteht die PAH?
 Welche weiteren Erkrankungen liegen vor? _____

1.2 Welche Medikation wurde in den letzten Jahren für die PAH verordnet? _____

Wurde die Therapie geändert? nein ja Warum? _____

1.3 Wurden schon Ambrisentan, Bosentan, Iloprost, Sildenafil, Sitaxentan oder Treprostinil verordnet?

Medikament	Zeitraum	Dosis	Medikament	Zeitraum	Dosis
_____	von _____ bis _____	_____	_____	von _____ bis _____	_____
_____	von _____ bis _____	_____	_____	von _____ bis _____	_____

Welche Therapieeffekte wurden erzielt? _____

1.4 Wie ist die derzeitige Medikation (bzgl. PAH und weiteren Erkrankungen)? _____

1.5 Wie schwer ist die PAH ausgeprägt? Siehe Befunde zu Bitte ankreuzen und Befunde als Anlage in Kopie beifügen

SvO₂ pulmonalarterielle Hämodynamik (z.B. PAR, PAP) Echokardiographie Klinik (z.B. 6-MWD)

1.6 Wurde eine pharmakologische Testung mittels einer Rechtsherzkatheteruntersuchung durchgeführt?

nein ja Änderten sich die Werte? nein ja Wie? _____

2. Wie soll _____ verordnet werden? Bitte Wirkstoff angeben

Dosis _____

falls Kombinationstherapie: mit _____ Dosis _____

3. Ist die Patientin/der Patient zur Lungentransplantation vorgesehen?

ja nein

Datum

Verbindliches Muster

Arztstempel / Unterschrift des Arztes

Für den Erstantrag (Muster 71a) ist die Kostenpauschale 40865 berechnungsfähig.