

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Verordnung von \_\_\_\_\_ **haltigen Arzneimitteln**  
*Bitte Wirkstoff angeben*

behandelnder Arzt  
 Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Arzt für besondere Arzneimitteltherapie  
 Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Erstantrag vom 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Erstmalige Verordnung des Arzneimittels wird empfohlen ab 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

- Die Verordnung des Arzneimittels ist zweckmäßig und wirtschaftlich (**positive** Beurteilung).
- Die Verordnung des Arzneimittels ist nicht zweckmäßig (**negative** Beurteilung).
- Die Verordnung des Arzneimittels ist zweckmäßig, aber nicht wirtschaftlich (**negative** Beurteilung).  
Bitte Angabe von wirtschaftlichen Therapiealternativen in der Begründung.
- Die Verordnung des Arzneimittels erfolgt nicht gemäß der Fachinformation.  
Das Verfahren zur Verordnung besonderer Arzneimittel ist für die Off-Label-Anwendung nicht vorgesehen.

Begründung

---

---

---

---

---

---

---

---

weitere Hinweise

---

---

---

Für die Antwort des Arztes für besondere Arzneimitteltherapie (Muster 71b und 71c) ist die Kostenpauschale 40867 berechnungsfähig.

Datum 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

