

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



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

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
---	---	---	---	---	---

Verbindliches Muster

Arztstempel / Unterschrift des Arztes

**Antwort des Arztes für besondere Arzneimittel
an die Krankenkasse**

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

Positive Beurteilung

Negative Beurteilung

Datum

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

Verbindliches Muster

Arztstempel / Unterschrift des Arztes