

Freigabe 07.05.2009

Krankenkasse bzw. Kostenträger _____

Name, Vorname des Versicherten _____ geb. am _____

Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Weiterverordnung/Folgeantrag
besondere Arzneimitteltherapie**

71A

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

behandelnder Arzt
Name _____

Anschrift _____

Arzt für besondere Arzneimitteltherapie
Name _____

Anschrift _____

Erstmalige Verordnung des Arzneimittels am

T T M M J J

Wie hat sich der Krankheitsverlauf (PAH) seit der letzten Abstimmung entwickelt? *Bitte Befunde als Anlage in Kopie beifügen*

SvO₂ _____

pulmonalarterielle Hämodynamik (z.B. PAR, PAP) _____

Echokardiographie _____

Klinik (z.B. 6-MWD) _____

Welche Medikamente nimmt die Patientin/der Patient derzeit ein? *Bitte Medikationsliste als Anlage in Kopie beifügen*

Medikament(e)	Dosierung	Medikament(e)	Dosierung
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Begründung für Therapieänderungen

Sind unerwünschte Wirkungen eingetreten?

nein ja Welche? _____

Wann? _____ Ausprägung _____

Sind in der Zwischenzeit weitere Erkrankungen oder klinische Auffälligkeiten aufgetreten?

nein ja Welche? _____

Wann? _____ Ausprägung _____

Bei Verordnung von ilprosthaltigen Arzneimitteln

Welches Inhalationssystem wird verwendet? _____

Wurde es gewechselt? nein ja

Welches wurde vorher verwendet? _____

Ist die Patientin/der Patient zur Lungentransplantation vorgesehen?

ja nein

Datum

T T M M J J



Für den Folgeantrag (Muster 71Aa) ist die Kostenpauschale 40866 berechnungsfähig.