

Antwort des Arztes für besondere Arzneimitteltherapie

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 _____

Folgeantrag vom

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 71Ab und 71Ac) ist die Kostenpauschale 40867 berechnungsfähig.

Datum

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

Verbindliches Muster

Arztstempel / Unterschrift des Arztes