

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 _____

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



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

T T M M J J

Datum

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

Freigabe 07.05.2009

Antwort des Arztes für besondere Arzneimittel **71A** an die Krankenkasse

Verordnung von _____ **haltigen Arzneimitteln**

Bitte Wirkstoff angeben

behandelnder Arzt

Name

Anschrift

Arzt für besondere Arzneimitteltherapie

Name

Anschrift

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

Folgeantrag

Positive Beurteilung

Negative Beurteilung

Datum

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

Verbindliches Muster

Arztstempel / Unterschrift des Arztes

Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten

80

Der Behandlungsanspruch wurde nachgewiesen durch

Europäische Kranken-
versicherungskarte

Bescheinigung als provisorischer Ersatz für
die Europäische Krankenversicherungskarte

Durchreise

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Straße, Hausnummer

Herkunftsland
(Länderkennzeichen)

PLZ Ort
| | | | | |

Patient (diese Ziffern beziehen sich auf die Datenfelder der Karte bzw. des Scheins)

3 Name

4 Vorname

5 Geburtsdatum

T T M M J J

6 Persönliche Kennnummer

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

7 Kennnummer des Trägers

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | - | | | | | | | | | | | | | | | | |

8 Kennnummer der Karte

9 Ablaufdatum

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | T T M M J J

Zusätzliche Angaben bei provisorischer Ersatzbescheinigung

Gültigkeitsdauer
der Bescheinigung vom T T M M J J bis T T M M J J

Ausgabedatum
der Bescheinigung T T M M J J

Die Identität des Patienten wurde nachgewiesen durch

Personalausweis Reisepass

Nummer des Ausweises/des Passes

Ausstellungsdatum
T T M M J J

Ausfertigung für die Krankenkasse

Freigabe 07.02.2006

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes