

An die Krankenkasse:

Datum: _____

Arzneimittel: _____

Antrag auf Kostenübernahme einer Off-Label-Verordnung außerhalb des Abschnitts K einschließlich Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie

Versichertendaten:

Name, Vorname

Versichertennummer

Geburtsdatum

behandelnder Arzt

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei mir wurde eine schwerwiegende Erkrankung diagnostiziert, zu deren Behandlung das oben genannte Arzneimittel verordnet werden soll. Im vorliegenden Fall ist dessen Anwendung nicht von der Zulassung entsprechend der Fachinformation umfasst (Off-Label-Use).

Gemäß ärztlicher Beurteilung stehen in meinem Fall keine gleichermaßen wirksamen Alternativen mit einem für diese Anwendung zugelassenen Arzneimittel zur Verfügung (**Näheres siehe beiliegenden Arztfragebogen**).

Da die Off-Label-Anwendung des Arzneimittels aus ärztlicher Sicht medizinisch indiziert, zweckmäßig und notwendig ist, beantrage ich die Übernahme der Kosten.

Bitte teilen Sie mir Ihre Entscheidung zu diesem Antrag innerhalb von sieben Tagen mit, damit die Behandlung unverzüglich beginnen kann. Eine Kopie des Bescheides senden Sie bitte an meine/-n behandelnde/-n Arzt/Ärztin.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherten

Zum Verbleib beim behandelnden Arzt

Name, Vorname des/der Versicherten

Geburtsdatum

Erklärung des/der Versicherten:

- ☐ Ich wurde darüber informiert, dass das oben genannte Arzneimittel bei meiner Erkrankung außerhalb der arzneimittelrechtlichen Zulassung eingesetzt wird, und wurde über die damit zusammenhängenden medizinischen und leistungsrechtlichen Aspekte/Probleme persönlich und umfassend aufgeklärt.
- ☐ Ich wurde insbesondere darüber informiert, dass bei eventuellen unerwünschten Arzneimittelwirkungen nicht mit der Produkthaftung des Herstellers (Gefährdungshaftung nach Arzneimittelgesetz) gerechnet werden kann.
- ☐ Ich willige in die Behandlung mit diesem Arzneimittel ein und wünsche ausdrücklich die Verordnung auf Kassenrezept. Falls meine Krankenkasse nicht zustimmt, erbitte ich eine Verordnung auf Privatrezept.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherten