

## Vorabprüfung: Verordnung von Methoden außerhalb der Zweckbestimmung

Krankenkasse:

Name, Vorname des Versicherten: \_\_\_\_\_

geb. am:

Krankenversicherturnummer (KVNR):

Name des antragstellenden Arztes: \_\_\_\_\_

BSNR:

LANR:

IK:

(nur bei stationärem Antrag)

### Beabsichtigter Behandlungszeitraum/geplante Zyklen/Anwendung:

stationär von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Erstantrag       Folgeantrag

geplante Methode:

Dosierung:

### Verordnungsrelevante Diagnose/n mit Diagnosesicherung (ICD-10-Code, ggf. Organmanifestation):

vitale Indikation

### Aktuelle Medikation / Komedikation zur beantragten Methode:

### Aktueller Gesundheitszustand/Allgemeinzustand (AZ):

guter AZ                       leicht reduzierter AZ                       reduzierter AZ  
 stark reduzierter AZ                       Kachexie - BMI:

Ergänzungen:

### Nähere Angaben zur Erkrankung und geplanten Behandlung:

Die Erkrankung ist regelmäßig tödlich oder                       Ja                       Nein  
die Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigt                       Ja                       Nein  
Therapieoptionen sind ausgeschöpft                       Ja                       Nein                       Unbekannt  
Es liegt eine notstandsähnliche Situation vor                       Ja                       Nein

### Welche Therapieoptionen wurden bereits mit welchem Ergebnis durchgeführt?

**Begründen Sie bitte, warum keine zugelassenen Behandlungsoptionen zur Verfügung stehen:**

**Liegen zulassungsreife Studiendaten für die geplante Methode vor?**

Ja  Nein  Unbekannt

**Bei Vorliegen einer notstandsähnlichen Situation: Liegen Indizien für eine mögliche Wirksamkeit vor?**

Ja  Nein  Unbekannt

**Bitte benennen Sie entsprechende Literaturquellen:**

**Sonstiges:**

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag alle erforderlichen Unterlagen und Ihre ausführliche Stellungnahme bei.

**Anlagen:**  Ja  Nein

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Arzt- / Einrichtungsstempel, Unterschrift des behandelnden Arztes** (nur bei Postversand)

**Von der Krankenkasse auszufüllen**

**Die mit diesem Antrag für den oben genannten Versicherten beantragte Methode außerhalb der Zweckbestimmung wird:**  befürwortet  nicht befürwortet

in folgendem Umfang befürwortet:

**Begründung:**

**Hinweis:**

Diese Vorabprüfung ist auf die Frage der Zulässigkeit der beabsichtigten Methode außerhalb der Zweckbestimmung beschränkt. Weitergehende Verordnungsvoraussetzungen sind nicht Gegenstand dieser Prüfung.