

# Arztfragebogen zu Cannabinoiden - Nach § 31 Abs. 6 SGB V

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gut leserlich aus

Versichertenname: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

weiblich  männlich  divers

1. Erfolgt die Verordnung im Rahmen der genehmigten Versorgung nach § 37b SGB V (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung)?

ja  nein

2. Welches Produkt soll verordnet werden?

Wirkstoff: \_\_\_\_\_

Handelsname: \_\_\_\_\_

Darreichungsform: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_

3a. Welche Erkrankung soll behandelt werden?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3b. Wie lautet das Behandlungsziel?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Ist die Erkrankung schwerwiegend?

ja  nein

Falls ja, welcher Verlauf/Symptomatik/Beeinträchtigungen oder anderes begründet den Schweregrad? Bitte Befundunterlagen, Krankenhausberichte beifügen.

**Arztfragebogen zu Cannabinoiden - Nach § 31 Abs. 6 SGB V**  
**Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gut leserlich aus**

---

---

---

5. Welche anderen Erkrankungen bestehen gleichzeitig?

---

---

---

6. Welche aktuelle Medikation (bitte Angaben von Wirkstoff und Dosis) / nichtmedikamentöse Behandlung erfolgt zurzeit?

---

---

---

7. Welche Behandlung ist bisher für das Therapieziel mit welchem Erfolg durchgeführt worden?

---

---

---

8. Welche weiteren allgemein anerkannten, dem medizinischen Standard entsprechenden alternativen Behandlungsoptionen für das Behandlungsziel stehen grundsätzlich zur Verfügung und warum können diese nicht zum Einsatz kommen?

---

---

---

**Arztfragebogen zu Cannabinoiden - Nach § 31 Abs. 6 SGB V**  
**Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gut leserlich aus**

9. Bitte benennen Sie Literatur, die Sie Ihrer Entscheidung zugrunde gelegt haben, aus der hervorgeht, dass eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht. (Es würde die Stellungnahme des MDK wesentlich beschleunigen, wenn Sie die entsprechende Literatur zur Verfügung stellen können. Vielen Dank.)

---

---

---

10. Erfolgt die Therapie im Rahmen einer klinischen Prüfung?  
(Nicht gemeint ist die anonymisierte Begleitforschung.)

ja       nein

---

Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Anlagen wurden beigefügt

ja       nein

Informationen:

---

---

---

---

---

---

---