

Vorabprüfung: Verordnung von Arzneimitteln außerhalb der Regelleistung (OLU)

Krankenkasse:

Name, Vorname des Versicherten: _____

geb. am: _____

Krankenversichertennummer (KVNR): _____

Name des antragstellenden Arztes: _____

BSNR:

LANR:

IK:

(nur bei stationärem Antrag)

Beabsichtigter Behandlungszeitraum: _____ bis _____

☐ ambulant ☐ stationär ☐ Erstantrag ☐ Folgeantrag

Wirkstoff: _____ Dosierung: _____

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

☐ vitale Indikation ☐ Spezielle ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Aktuelle Medikation / Komedikation zum beantragten Wirkstoff:

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	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
die Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigend	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Therapieoptionen sind ausgeschöpft	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unbekannt
Es liegt eine notstandsähnliche Situation vor	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Welche Therapieoptionen wurden bereits mit welchem Erfolg durchgeführt?

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

Liegen zulassungsreife Studiendaten für die geplante Anwendung 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:

Anlagen: ☐ Ja ☐ Nein

Datum

Arzt- / Einstellungsstempel, Unterschrift des behandelnden Arztes
(nur bei Postversand)

Von der Krankenkasse auszufüllen

Die mit diesem Antrag für den oben genannten Versicherten näher dargelegte beabsichtigte Verordnung eines Arzneimittels außerhalb der Regelleistungen (OLU) wird:

☐ befürwortet ☐ nicht befürwortet
☐ in folgendem Umfang befürwortet:

Begründung:

Hinweis:

Diese Vorabprüfung ist auf die Frage der Zulässigkeit der beabsichtigten Verordnung außerhalb des Regelfalles (OLU) beschränkt. Weitergehende Verordnungsvoraussetzungen sind nicht Gegenstand dieser Prüfung.