

**Patient:**

Name:

Vorname:

Geboren:

Versicherungsnummer:

Geschlecht: männlich/weiblich

**Krankenkasse: (Fax/ Postanschrift)**

**Behandelnde(r) Arzt/Ärztin**

**Fachgebiet:**

**Ärztliche Informationen zum**

**Antrag auf Kostenübernahme einer ärztlichen Behandlung mit Cannabis-Medikamenten durch die Krankenkasse**

Es erfolgte eine Prüfung der Indikation zur Behandlung mit Cannabinoiden. O.g. Pat. (bzw. gesetzlicher Vertreter) wurden eingehend über die Behandlung (einschl. der erforderlichen anonymisierten Weitergabe von Daten an das BfArM) informiert und hat ihr zugestimmt.

**Medizinische Begründung der Behandlung:**

- 1. Erkrankung/Symptomatik mit Indikation der Cannabinoid-Therapie:**
- 2. Weitere relevante Erkrankungen:**
- 3. Bisherige durchgeführte Therapien:**
- 4. Begründung der Cannabis-Therapie** (unzureichende Wirkungen, erhebliche Nebenwirkungen, bestehende Kontraindikationen anderer Therapien)
- 5. Geplante Therapie mit Cannabis-Medikamenten** (Medikament, Dosierung):

---

Ort, Datum

---

Unterschrift /Stempel  
behandelnde(r) Arzt/Ärztin