

Patient:

Name: _____ Vorname: _____

Geboren: _____

Geschlecht: männlich/weiblich

Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

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

Nach Beratung mit meinem behandelnden Arzt/meiner behandelnden Ärztin habe ich mich entschieden, eine Behandlung mit Cannabis-Medikamenten durchführen zu lassen.

Ich wurde eingehend zur Anwendung der Cannabis-Medikamente, zu Risiken und Nebenwirkungen informiert.

Ich stimme der Verwendung meiner Behandlungsdaten in anonymisierter Form im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitabhebung durch Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu.

Ort, Datum

Eigenhändige Unterschrift

Patient/-in (oder gesetzlicher Vertreter)