

An die Krankenkasse: _____

Datum: _____

Augenarztpraxis / Augenklinik

Antrag auf Kostenübernahme einer Off-Label-Verordnung gemäß § 2 Absatz 1a SGB V

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei Ihrer/Ihrem Versicherten _____ (geb. am _____) wurde folgende Erkrankung diagnostiziert:

Juvenile Myopie (Kurzsichtigkeit bei Kindern)

Ich beabsichtige als Facharzt für Augenheilkunde zur Behandlung die Verordnung von **Atropinsulfat-Augentropfen 0,01%**. Es handelt sich hierbei um eine neue Behandlungsmethode mit einem Rezepturarztmittel, das nicht von einer Zulassung umfasst ist (Off-Label-Use). Nach meiner fachlichen Einschätzung steht im Falle Ihrer/Ihres Versicherten keine gleichsam wirksame Alternative mit einem für diese Anwendung zugelassenen Arzneimittel zur Verfügung.

Ich halte eine Therapie mit diesem Rezepturarztmittel außerhalb der Zulassung (Off-Label) im Falle Ihrer/Ihres Versicherten für medizinisch indiziert, zweckmäßig und notwendig und beantrage deshalb für Ihre/Ihren Versicherte/n die Übernahme der Kosten.

Ihre/Ihr Versicherte/r wurde von mir über die medizinischen, sozialrechtlichen und haftungsrechtlichen Aspekte und Probleme eines Off-Label-Use informiert (siehe Erklärung der/des Sorgeberechtigten).

Bitte teilen Sie mir und den/dem Sorgeberechtigten Ihrer/Ihres Versicherten Ihre Entscheidung zu diesem Antrag innerhalb von 14 Tagen mit, damit die Behandlung unverzüglich beginnen kann. Bitte schicken Sie einen schriftlichen Bescheid an mich.

Mit Ihrer Kostenübernahmeerklärung werde ich dieses Arzneimittel auf einem Kassenrezept (Muster 16) zu Ihren Lasten verordnen.

Ort/Datum

Unterschrift Vertragsärztin/-arzt

Stempel

Versicherte/Versicherter

Erklärung der/des Sorgeberechtigten der/des Versicherten:

Ich/Wir wurde/n darüber informiert, dass das Rezepturarzneimittel Atropinsulfat-Augentropfen 0,01% bei der Erkrankung der juvenilen Myopie meines/unseres Kindes außerhalb der arzneimittelrechtlichen Zulassung eingesetzt wird und dass deshalb bei eventuellen unerwünschten Arzneimittelwirkungen nicht mit der Produkthaftung (Gefährdungshaftung nach Arzneimittelgesetz) des Herstellers gerechnet werden kann.

Ich wurde über die medizinischen, sozialrechtlichen und haftungsrechtlichen Aspekte des Einsatzes des oben genannten Arzneimittels bei der Erkrankung unseres/meines Kindes in einem persönlichen Aufklärungsgespräch umfassend informiert. Ich verzichte auch auf eine Haftung des verordnenden Arztes wegen der Anwendung des Arzneimittels außerhalb der arzneimittelrechtlichen Zulassung.

Ich stimme der Behandlung mit diesem Arzneimittel zu und wünsche ausdrücklich die Verordnung auf Kassenrezept.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt diesen Antrag mit meinen persönlichen Angaben bei meiner Krankenkasse einreicht und einen schriftlichen Bescheid erhält.

Ort/Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r