**Gesuch um eine BAG-Ausnahmebewilligung zur Verschreibung von**

|  |
| --- |
| ***(hier Bezeichnung des Medikamentes einfügen)*** |

**für die beschränkte medizinische Anwendung**

**Informationen zum Patienten/zur Patientin:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name:** |  | **Vorname:** |  |
| **Geschlecht:** |  | **Geburtsdatum:** |  |
| **Strasse, Haus-Nr.:** |  | | |
| **PLZ, Ort:** |  | | |

**Medizinische Informationen:**

|  |
| --- |
| **Diagnose/n:** |
|  |
| **Indikation für die Behandlung:** |
|  |
| **Begründung für die gewünschte Behandlung:** (Krankengeschichte, vorhergehende Therapien, klinischer Verlauf, evtl. beigelegte, ausgedruckte Krankenberichte etc.) |
|  |

**Medikation**

|  |
| --- |
| **Arzneimittel (gewünschte Intervention, Produktbezeichnung):** |
|  |
| **Dosierung:** |
|  |
| **Behandlungsdauer:** |
| Initial 6 Monate (Zwischenbericht zwei Wochen vorher einreichen).  Anschliessend ist der Therapieerfolg zu überprüfen. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bezugsquelle (Apotheke, Adresse):** | | | |
|  | | | |
| **Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse?** | | | |
| **Ja:** | **⬜** | **Nein:** | **⬜** |

**Angaben zur gesuchstellenden Ärztin / zum gesuchstellenden Arzt:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname:** |  |
| **Adresse:** |  |
|  |
|  |
| **Telefonnummer:** |  |

**Bestätigung der gesuchstellenden Ärztin / des gesuchstellenden Arztes:**

|  |  |
| --- | --- |
| Hiermit bestätige ich:   * Alle Angaben korrekt erfasst zu haben. * Alle sechs Monate einen kurzen Zwischenbericht über den Stand der Behandlung und bei Abschluss der Behandlung einen Schlussbericht zuhanden des BAG zu erstellen. * Die beantragte Therapie des Patienten im Rahmen der Konsultationen regelmässig zu überprüfen. * Den Modus der Medikamentenabgabe mit dem Patienten und der Apotheke zu besprechen und festzulegen. | |
| **Datum:** | **Unterschrift:** |

**Einverständniserklärung der Patientin / des Patienten für die beantragte Behandlung:**

|  |  |
| --- | --- |
| Hiermit bestätige ich, dass ich mit der Behandlung **(bezeichnung des Medikamentes hier einfügen)** einverstanden bin und über die Finanzierung informiert wurde. | |
| **Name:** | **Vorname:** |
| **Datum:** | **Unterschrift:** |