

Arztfragebogen zu Rezepturarzneimitteln

Stand: 05.10.2026

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gut leserlich aus. Weitere Ausführungen können auf einem Beiblatt angefügt werden. Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

a) Angaben zur versicherten Person

Vorname

Nachname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Versichertennummer

Geschlecht (aus Gründen der Vollständigkeit)

- ☐ weiblich
- ☐ männlich
- ☐ divers

b) Angaben zur Behandlung

Name der Behandlungseinrichtung

Name der Vertragsärztin/des Vertragsarztes

Gebietsbezeichnung/Zusatzbezeichnung

1. Welche Rezeptur soll verordnet werden?

Wirkstoff/e

Darreichungsform

Dosierung und Dosierungsintervall

Dauer der Therapie

2. Gibt es eine Rezepturvorschrift gemäß Neuem Rezeptur-Formularium (NRF)?

☐ ja

Falls ja, welches?

☐ nein

Falls nein, bitte konkrete Benennung der qualitativen und quantitativen Zusammensetzung aller verwendeten Wirk- und Hilfsstoffe

Geplante Anwendung

☐ ambulant

☐ stationär

3. Ist ein in Wirkstoff, Dosierung und Darreichung identisches Arzneimittel zugelassen?

☐ ja

☐ nein

Falls ja, welches und warum soll stattdessen ein Rezepturarzneimittel verordnet werden?

4. Wurde für den/die in dem Rezepturarzneimittel enthaltenen Wirkstoff/e in der beantragten Indikation in Deutschland/Europa die Zulassung abgelehnt, zurückgenommen, widerrufen oder ruhend gestellt?

☐ ja

☐ nein

Falls ja, für welchen Wirkstoff gilt dies und warum soll dennoch das Rezepturarzneimittel verordnet werden?

5. Welche Erkrankung soll mit welchem Ziel behandelt werden?

6. Gibt es Hinweise darauf, dass das Arzneimittel vor dem 01.01.1989 in Deutschland bereits praktiziert wurde?

☐ ja

☐ nein

Falls ja, bitte geben Sie Literatur an, aus der hervorgeht, dass sich die Qualität und Wirksamkeit der Methode wissenschaftlich nachprüfbar ableiten lässt.

Der Erfolg muss sich aus wissenschaftlich einwandfrei durchgeführten Studien über die Zahl der behandelten Fälle und die Wirksamkeit der Methode ablesen lassen. Die Therapie muss in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen erfolgreich gewesen sein (siehe zum Beispiel BSG-Urteil vom 21.03.2013, Az.: B 3 KR 2/12 R; BSG-Urteil vom 24.04.2018, Az.: B 1 KR 10/17 R).

Sollte Frage 6 mit ja beantwortet worden sein, entfallen die Fragen 12 und 13 aus diesem Arztfragebogen.

7. Ist die Erkrankung akut lebensbedrohlich oder wertungsgemäß gleichgestellt?

☐ ja

☐ nein

Falls ja, welcher Verlauf/welche Symptomatik/welche Beeinträchtigungen oder anderes begründet diese Einschätzung?

Bitte Befundunterlagen, Krankenhausberichte beifügen. Schildern Sie bitte ausführlich die sich durch die Erkrankung ergebenden körperlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen.

Bitte beachten Sie, dass für dieses Kriterium für die Erkrankung ein akuter Handlungsbedarf bestehen muss, der die Einleitung einer Therapie erforderlich macht. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass die Patientin/der Patient in absehbarer Zeit verstirbt, in ihrer/seiner körperlichen Unversehrtheit dauerhaft beeinträchtigt wird oder aber ein solcher Zustand unumkehrbar eintritt.

8. Welche anderen Erkrankungen bestehen gleichzeitig?

9. Welche Behandlung – medikamentös (Wirkstoff/e, Dosierung, Darreichungsform) sowie nichtmedikamentös – erfolgt aktuell?

10. Welche Behandlung ist bisher für das Therapieziel mit welchem Erfolg durchgeführt worden? Welche Nebenwirkungen traten auf? Welche Konsequenzen auf die Behandlung hatten die Nebenwirkungen?

Bei Arzneimitteln: Bitte Angaben zum genauen Präparat, zur jeweiligen Dosierung sowie zur Therapiedauer.

Sofern zutreffend: Bitte Meldung über unerwünschte Arzneimittelwirkungen gemäß § 6 (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte in Kopie beilegen.

12. Benennen Sie bitte eindeutig identifizierbare (z. B. mittels DOI) Literatur, die Sie Ihrer Entscheidung zugrunde gelegt haben, aus der hervorgeht, dass eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

Es würde die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes wesentlich beschleunigen, wenn Sie die entsprechende Literatur zur Verfügung stellen können. Vielen Dank.

13. Erfolgt die Therapie im Rahmen einer klinischen Prüfung?

☐ ja

☐ nein

Falls ja, in welcher (Angabe der Studienregisternummer) und warum wird der Antrag auf Kostenübernahme gestellt? Falls nein, warum erfolgt keine Aufnahme in die klinische Prüfung?

14. Kann die Patientin/der Patient in eine laufende interventionelle klinische Studie eingeschlossen werden?

☐ ja

☐ nein

Falls ja, in welcher (Angabe der Studienregisternummer) und warum wird der Antrag auf Kostenübernahme gestellt?

15. Besteht derzeit ein Lieferengpass für Fertigarzneimittel mit dem benannten Wirkstoff?

☐ ja

☐ nein

Falls ja, gibt es Maßnahmen durch das BfArM zur Abmilderung dieses Lieferengpasses und falls ja, welche?

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

Bitte diese Angaben ergänzen, falls diese aus Ihrem Stempel nicht hervorgehen:

LANR

BSNR

Anlagen wurden beigelegt

☐ ja

☐ nein

Falls ja, listen Sie diese bitte auf und geben Sie die bezugnehmende Nummer aus dem Fragebogen an:
