

Arztfragebogen zu Festbetragsarzneimitteln (Stand: 04.05.2026)

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gut leserlich aus. Weitere Ausführungen können auf einem Beiblatt angefügt werden.

Versichertenname: _____

Versichertennummer: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht (aus Gründen der Vollständigkeit):

☐ weiblich

☐ männlich

☐ divers

1. Welches Arzneimittel soll verordnet werden?

Wirkstoff:

Handelsname:

Dosis:

Darreichungsform:

Applikationsart:

Dosierungsschema:

2. Aus welchen medizinischen Gründen wird das Arzneimittel verordnet (Diagnose, Therapieziel)?

3. Bitte geben Sie relevante Begleiterkrankungen und deren medikamentöse Behandlung mit Wirkstärke und Dosierung an:

4. Ergeben sich aus der Begleitmedikation/Begleiterkrankungen/Lebensumständen Einschränkungen hinsichtlich der potenziell einsetzbaren, ohne Mehrkosten erhältlichen Festbetragsarzneimittel?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche?

5. Kommen nichtmedikamentöse Behandlungsmaßnahmen in Betracht?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche?

6. Welche Arzneimittel wurden bisher eingesetzt?

(Bitte machen Sie Angaben zu den konkreten Fertigarzneimitteln, zur Dosierung, zum Zeitraum der Behandlung und zum Ergebnis.)

7. Waren die Arzneimittel wirksam?

☐ ja

☐ nein

(Wenn nein, bitten wir Sie um detaillierte Angaben [ggf. Befunde in Kopie], worauf sich Ihre Einschätzung stützt.)

8. Traten bei der Einnahme der ohne Mehrkosten erhältlichen Festbetragsarzneimittel Nebenwirkungen auf?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, beantworten Sie bitte auch die Fragen 8.1 bis 8.3.

8.1 Welche Nebenwirkungen mit Ausmaß einer behandlungsbedürftigen Erkrankung bzw. behandlungsbedürftigen Verschlimmerung der/einer bereits vorliegenden Erkrankung(en) sind unter Behandlung mit den infrage kommenden Festbetragsarzneimitteln eingetreten?

(Bitte legen Sie die in Zusammenhang mit den aufgetretenen Nebenwirkungen erhobenen Befunde und Behandlungsmaßnahmen ebenfalls dar.)

8.2 Sind die aufgetretenen Nebenwirkungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das/die eingesetzten Arzneimittel zurückzuführen oder können auch andere Ursachen/Lebensumstände infrage kommen?

☐ ja

☐ nein

Bitte benennen diese und begründen Sie Ihre Einschätzung.

8.3 Erfolgte eine Meldung der unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen gemäß § 6 der Muster-Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte?

☐ ja

☐ nein

(Wenn ja, Kopie und soweit vorhanden, Bewertung durch die zuständige Stelle, zum Beispiel Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, AkdÄ, bitte beifügen. Nach u. a. BSG-Urteil vom 03.07.2012, Az.: B 1 KR 22/11 R, Rn. 22 sind auch bekannte Nebenwirkungen der zuständigen Stelle zu melden.)

Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Anlagen wurden beigefügt

☐ ja

☐ nein

Weitere Informationen:

- MD Bund: Begutachtungsanleitung Festbetragsarzneimittel. Online: https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/2026-03-31_BGA_Festbetragsarzneimittel.pdf
- GKV-Spitzenverband: Übersichten zu Festbetragsgruppen. Online: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/arzneimittel/arzneimittel_festbeträge/weitere_übersichten/weitere_übersichten.jsp