

Übernahme von Mehrkosten bei Festbetragsarzneimitteln

Aktenzeichen - 8-stellig mit führenden Nullen

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt
Beihilfeumlagekasse
Carl-Miller-Str. 7
39112 Magdeburg

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer dienstlich/privat (freiwillig)

E-Mailadresse dienstlich/privat (freiwillig)

Die Belege werden gescannt und vernichtet. Bitte keine Originale, sondern gut lesbare Kopien beifügen. Die Kopien nicht klammern oder heften!

Antragsformulare unter: www.kvsa-magdeburg.de

1. Ergänzende Angaben zum/zur Antragsteller/in

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort/Ortsteil

2. Angaben zum Arzneimittel

2.1 Welches Arzneimittel soll eingesetzt werden?

2.2 Seit wann wird das unter Nr. 2.1 genannte Arzneimittel aufgrund derselben Indikation eingesetzt?

2.3 Aus welchem Grund ist das Arzneimittel, das eingesetzt werden soll, die einzige Alternative?

2.4 Welches zum Festbetrag erhältliche Arzneimittel wurde bisher angewendet?

Sind Nebenwirkungen infolge des verordneten Arzneimittels aufgetreten? Ja Nein (bitte weiter bei Punkt 2.5)

Bitte benennen Sie die Nebenwirkungen je Arzneimittel.

Haben diese Nebenwirkungen die Qualität einer zusätzlich behandlungsbedürftigen Erkrankung oder einer behandlungsbedürftigen Verschlimmerung einer bereits vorliegenden Krankheit erreicht?

Wurden alle indikationsgerecht anwendbaren, preislich den Festbetrag unterschreitenden Arzneimittel angewandt?

Ja Nein Grund: _____

Der Einsatz des unter Nr. 2.1 genannten Arzneimittels verursacht vergleichbare Nebenwirkungen?

Ja Nein

2.5 Ergeben sich aus Begleitmedikationen, Begleiterkrankungen oder Lebensumständen Einschränkungen hinsichtlich des Einsatzes der Arzneimittel der Festbetragsgruppe?

2.6 Ist eine Meldung der unerwünschten Arzneimittelwirkungen bei dem/den unter Nr. 2.4 aufgeführten zum Festbetrag erhältlichen Arzneimittel(n) gemäß § 6 der Muster-Berufsordnung erfolgt?

Anlagen wurden beigefügt: Ja _____

Nein

Auf Anfrage können weitere Nachweise nachgereicht werden? Ja Nein

X

Ort, Datum

X

Stempel, Unterschrift der Ärztin/des Arztes